

**Universidade de Lisboa**

**Faculdade de Farmácia**



**Melhorando a comunicação entre o  
profissional de saúde e o doente com  
cancro**

**Comunicação efetiva, uma necessidade**

**Marco António da Silva Nobre**

**Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas**

**2017**

**Universidade de Lisboa  
Faculdade de Farmácia**



**Melhorando a comunicação entre o  
profissional de saúde e o doente com  
cancro**

**Comunicação efetiva, uma necessidade**

**Marco António da Silva Nobre**

**Monografia de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas apresentada à  
Universidade de Lisboa através da Faculdade de Farmácia**

**Orientador: Professora Doutora Maria de Jesus Perry Rocha**

**2017**

### **Presságio**

O amor, quando se revela,  
Não se sabe revelar.  
Sabe bem olhar pra ela,  
Mas não lhe sabe falar.

Quem quer dizer o que sente  
Não sabe o que há de dizer.  
Fala: parece que mente...  
Cala: parece esquecer...

Ah, mas se ela adivinhasse,  
Se pudesse ouvir o olhar,  
E se um olhar lhe bastasse  
Pra saber que a estão a amar!

Mas quem sente muito, cala;  
Quem quer dizer quanto sente  
Fica sem alma nem fala,  
Fica só, inteiramente!

Mas se isto puder contar-lhe  
O que não lhe ousa contar,  
Já não terei que falar-lhe  
Porque lhe estou a falar...

Fernando Pessoa

## Resumo

A comunicação é hoje reconhecida como o desafio central na formação dos profissionais de saúde. Em Portugal, vem-se notando um crescente esforço na melhoria da comunicação profissional de saúde-doente. Esta deve ser tendencialmente centrada no doente, transmitindo confiança, empatia e respeito. Os profissionais de saúde devem adquirir e treinar as artes de comunicação a fim de alcançarem uma comunicação efetiva com o doente, que origina uma melhoria dos resultados em saúde e da satisfação dos doentes.

A preocupação em comunicar bem deve ser redobrada em situações complicadas e comunicacionalmente desafiantes, como é o caso da interação com o doente oncológico. O cancro é uma das principais causas de morte no mundo e a segunda maior causa de morte em Portugal. A doença oncológica é uma patologia bio-psico-social, sendo vivida como uma experiência de sofrimento. O profissional de saúde deve estabelecer uma boa comunicação de modo a identificar as necessidades específicas do doente, adquirir a maior percepção possível dos seus sentimentos e ter em consideração a sua opinião e decisão. Torna-se por isso imperativo que o ensino das competências de comunicação faça parte do currículo de qualquer curso superior relacionado com os cuidados de saúde.

**Palavras-chave:** Comunicação, competências comunicacionais, profissional de saúde, doente oncológico

## Abstract

Communication is now recognized as the main challenge in the training of health care professionals. In Portugal, a growing effort is being made to improve a better communication between the health care professional and the patient. This communication should tend to be patient-centered, transmitting trust, empathy and respect. Health care professionals must acquire and train their communication skills in order to achieve effective communication with the patient, resulting in improved health outcomes and patient satisfaction.

The concern to communicate better must be redoubled, specially in complicated and challenging communication situations, as the case of an interaction with a cancer patient. Cancer is one of the major causes of death in the world and the second major cause of death in Portugal; it is a bio-psycho-social disease, known as an experience of suffering. A health care professional must establish a good communication in order to identify the specific needs of the patient, to acquire the greatest possible perception of their feelings and to take into account their opinion and decision. Therefore, it is imperative to implement the teaching of communication skills in undergraduate education in all health care professions.

**Keywords:** Communication, communication skills, health care professional, cancer patient

## Agradecimentos

Em primeiro lugar, quero agradecer à Professora Maria de Jesus Perry Rocha pelas orientações e pela oportunidade que me deu em poder trabalhar um tema com qual tanto me identifico.

Um obrigado a todos os professores da FFUL que muito contribuíram para o enriquecimento da minha formação.

Aos colegas, amigos, madrinhas e afilhados, pela entreatajuda e partilha, um grande obrigado e muito sucesso.

A todos os meus amigos fora da FFUL, obrigado pela amizade e pelo apoio constante.

Aos mais que amigos, aos que aceitaram os meus defeitos, valorizaram a pessoa que sou e acreditaram sempre em mim (até mais do que eu próprio), Catarina Rei, Joana Luz, Francisco Olivença, Sara Andrade e Débora Martins, sem vocês nada disto teria o mesmo valor, obrigado por tudo.

Ao Guilherme Santos, seguramente um companheiro para a vida, um obrigado muito especial.

A toda a minha família, peço desculpa por não ter sido a pessoa mais presente nas reuniões familiares e um grande obrigado pela compreensão e por todo o apoio e carinho.

Aos meus pais, Manuel Nobre e Branca Rosa Nobre, não há palavras para descrever a gratidão que sinto neste momento da minha vida. Pelos pais incansáveis que sempre foram, pelo amor, carinho, educação e confiança que sempre depositaram em mim, a vós dedico esta monografia.

## Abreviaturas

CCCC - Curso de competências clínicas e comunicacionais

CCD - Comunicação centrada no doente

CCCPS - Currículo central de comunicação para profissões de saúde

*EACH – European association for communication in health care*

FDV – Fim de vida

FFUL – Faculdade de farmácia da universidade de Lisboa

FMUP - Faculdade de medicina da universidade de Porto

IPO – instituto português de oncologia

OMS – Organização mundial de saúde

SP3CS - Sociedade portuguesa de comunicação clínica em cuidados de saúde

SPO – Sociedade portuguesa de oncologia

## Índice:

Introdução .....	8
1 Materiais e métodos .....	10
2 Evolução da comunicação a par da educação do doente .....	11
3 Evolução da comunicação em Saúde em Portugal.....	14
4 Comunicação em Saúde .....	20
5 Componentes da comunicação .....	28
6 A doença oncológica .....	32
7 O doente oncológico e a relação profissional de saúde-doente oncológico .....	34
8 A importância da comunicação em oncologia.....	36
9 Ensino de competências de comunicação .....	41
10 Conclusão .....	48
Referências Bibliográficas .....	51

## Índice de Figuras:

Figura 1 - Modelo de comunicação centrada no doente .....	21
Figura 2 - Framework de comunicação profissional de saúde-doente .....	28

## Índice de Tabelas:

Tabela 1 - Objetivos da Sociedade Portuguesa de Competências de Comunicação Clínica em Cuidados de Saúde .....	19
Tabela 2 - Artes da comunicação na consulta .....	22
Tabela 3 - Resultados de uma comunicação efetiva .....	36
Tabela 4 - Visão geral do guião seguido para transmitir cada um dos três componentes da confiança.....	38
Tabela 5 - Currículo central de comunicação .....	43



## Introdução

A comunicação é o meio pelo qual transmitimos e pesquisamos informações, opiniões e emoções. Através dela temos a possibilidade de conhecer melhor a pessoa com a qual comunicamos, a todos os níveis, corresponder às suas necessidades e aumentar a sua satisfação com a interação.

Desde cedo que para mim foi clara a importância da comunicação com o doente, razão pela qual me levou a escolher como unidade curricular opcional do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas a “Educação, Comunicação e Informação em Farmácia”. A disciplina revelou-se muito interessante, dando noções básicas, mas importantes, de comunicação.

Ainda assim, reconheço a falta de competências comunicacionais que disponho para gerir a interação com o doente. A ansiedade aumenta ao pensar em hipotéticas situações complicadas, como por exemplo um doente agressivo, depressivo ou o caso específico de um doente oncológico, onde a nível pessoal não há nenhuma dimensão que não seja afetada. O *background* de um doente oncológico torna a interação com o profissional de saúde um verdadeiro desafio para este, podendo dificultar a criação de uma relação harmoniosa, empática e de confiança. São muitas as situações difíceis de lidar ao longo de todo processo, desde o diagnóstico, à terapêutica utilizada, aos efeitos adversos ou, em última instância, o fim de vida. Em todas elas o profissional de saúde deve manter uma atitude de suporte, atenção e motivação para comunicar bem.

A atenção dada à comunicação na interação profissional de saúde-doente tem vindo a aumentar. Hoje reconhece-se a necessidade de aprender competências de comunicação a fim de melhorar os resultados em saúde. No entanto, nem sempre foi assim e, por isso, achei relevante abordar a evolução da comunicação em saúde e dos modelos de cuidado ao longo das últimas décadas.

Dada esta reflexão pessoal, o meu objetivo com este trabalho foi mostrar o impacto positivo que uma boa comunicação com o doente oncológico pode criar. Ao

mesmo tempo que apresento algumas noções, conceitos e atitudes indispensáveis a uma comunicação mais efetiva, bem como a necessidade de tais aprendizagens serem integradas no currículo de qualquer profissional de saúde.

# 1 Materiais e métodos

A pesquisa para a revisão temática foi efetuada através de um conjunto de recursos on-line: ScienceDirect, Elsevier, PUB-MED, SpringerLink, Google Scholar, entre outros. Também recorri a sítios na internet: Sociedade Portuguesa de oncologia (SPO); *European Association for Communication in Health Care (EACH)*; Faculdade de Medicina da Universidade de Porto (FMUP); Instituto Português de Oncologia (IPO) de Lisboa Francisco Gentil, E.P.E e Sociedade Portuguesa de Comunicação Clínica em Cuidados de Saúde (SP3CS).

Os termos de pesquisa utilizados foram os seguintes: “comunicação profissional de saúde-doente”, “oncologia”, “cancro”, “doente oncológico”, “comunicação em saúde”, “comunicação em saúde em Portugal”, “comunicação centrada no doente” e “treinos de comunicação”. Foram analisados artigos e alguns livros publicados entre 1973 e 2017, dando mais relevância aos mais recentes.

## 2 Evolução da comunicação a par da educação do doente

A comunicação doente-profissional de saúde vem a integrar o conceito de educação do doente. O desenvolvimento da educação do doente como uma disciplina e o seu fundamento em pesquisa científica é relativamente recente. A criação do jornal científico *Patient Education and Counseling* (na altura *Patient counseling and Health Education*), principal responsável por tal desenvolvimento, apenas foi fundado em 1976 na *First International Conference on Patient Counseling*. Desde então muitas mudanças ocorreram na história da educação do doente, e como tal, na comunicação doente-profissional de Saúde. (2)

C. Hoving *et al* procuraram agrupar os desenvolvimentos na educação do doente na Europa e na América do Norte ao longo de várias décadas. Esta divisão não deve ser interpretada de forma linear, uma vez que os desenvolvimentos podem transcender esses períodos temporais, variar entre países e dentro do próprio país. No entanto, dá-nos uma ideia geral dos passos que foram dados para chegar à educação do doente como a conhecemos hoje. (2)

Até à década de 60, os médicos tinham a autoridade, responsabilidade pelo diagnóstico, tratamento e cura dos doentes. Ao doente era atribuído um papel de colaboração passiva. (2) Parsons (1951) definiu um modelo de doente ideal, o qual teria como deveres procurar ajuda técnica competente, estar motivado para a cura, confiar no médico e aderir ao tratamento. Por outro lado, a doença conferir-lhe-ia certos privilégios, assim como isenção de responsabilidades face ao seu estado de saúde e de outras sociofamiliares. (3)

No início da década de 70, os primeiros cursos de comunicação para profissionais de Saúde estão ainda em desenvolvimento. (4) A perspectiva medicocentrista continua a prevalecer e os doentes que não consentem as recomendações dadas pelos profissionais de saúde são considerados depravados e de comportamento irracional. (5) Começa-se a unir esforços no sentido de contrariar

esta perspectiva centrada no médico, surgem advogados e organizações defensoras dos doentes. São exemplo disso, grupos de autoajuda organizados por doentes e movimentos de entreajuda e partilha entre feministas como o Boston Women's Health Book Collective nos Estados Unidos. (2)

Na Holanda, os direitos dos doentes são fortemente defendidos. (6) O desenvolvimento de organizações é fomentado pelo clima que se vive nas universidades no final da década de 60 e início de 70, onde os estudantes lutam pela democracia e envolvimento na tomada de decisões no que concerne à regulamentação das universidades. (7) Estas mudanças são seguidas por outros grupos na sociedade, dentre eles o sistema de Saúde. Os profissionais de Saúde já não são o único partido envolvido nos cuidados ao doente. (2)

A educação do doente continua a evoluir na década de 80, a par do aumento de organizações de defesa do doente e da ênfase social dada aos direitos do doente. (2) São estabelecidas leis relativas ao direito legal dos doentes em obter informação acerca do seu estado de saúde e das suas opções de tratamento. Os doentes começam a abandonar o seu papel passivo e sistematicamente questionam as decisões dos seus médicos. A confiança dos doentes nos seus médicos, tradicionalmente conhecida como o elemento principal do contrato médico, torna-se uma consequência da qualidade da relação médico-doente. (8) A literatura que enfatiza o papel fulcral da comunicação médico-doente começa a difundir-se e estão criados os fatores que contribuem para necessidade de ensinar competências comunicacionais à díade doente-profissional de Saúde. (9)

Na década de 90, os doentes são vistos como responsáveis pela sua própria saúde, fazendo escolhas independentes no seu tratamento e nos objetivos do tratamento. (10) Aos doentes são ensinadas competências de autogestão de possíveis situações que ocorram fora do consultório e estabelecem-se diálogos em condições mais equilibradas entre profissionais de saúde e doentes. Este processo conduz à tomada de decisões compartilhadas, um conceito que implica o envolvimento activo do doente com o profissional de saúde nas decisões a ser tomadas no decorrer da interacção. (11) Para além disso, reconhece-se a influência das pessoas importantes para o doente, como o(a) companheiro(a), filhos e família, que são tidos em conta nas intervenções de mudança de hábitos. (12) O acesso a informação electrónica torna-se mais comum e o doente pode, de forma independente, recolher informações sobre saúde antes da consulta, alterando completamente a dinâmica profissional de Saúde-doente existente até aqui. (2)

A entrada no novo século é acompanhada de uma maior compreensão da ineficácia dos cuidados de saúde, sendo uma das razões apontadas o estilo

comunicacional entre profissional de saúde-doente e entre profissionais, presente até então na decisão do tratamento. O treino de profissionais de Saúde tem vindo a antecipar esta compreensão. (2) As competências comunicacionais são reconhecidas como o desafio central na formação dos profissionais de Saúde no século XXI. (1)

A educação do doente sofre um grande desenvolvimento e, a criação de uma plataforma para educadores e pesquisadores em comunicação e ensino em cuidados de saúde foi um importante contributo. O primeiro passo para tal plataforma foi dado na *International Conference on Teaching in Medicine* em Oxford em Julho de 1996. No seguimento, conferências em Amesterdão, Chicago, Oxford e Barcelona conduziram à fundação da *European Association for Communication in Health Care (EACH)*, em Setembro de 2001. (2) Actualmente a *EACH* tem o estatuto legal de organização mundial de caridade e o seu objetivo geral é promover uma comunicação efetiva em cuidados de Saúde, centrada no doente e baseada em evidências, entre doentes, familiares e profissionais de saúde por todo o mundo. (13) *Patient Education and Counseling* tornou-se a revista oficial da *EACH* e a comunicação em cuidados de saúde passou a ser o conteúdo principal, focando-se especialmente no desenvolvimento da educação do doente na Europa e nos Estados Unidos. (2)

A política também tem desempenhado um papel no desenvolvimento da educação do doente. (2) A organização dos cuidados de saúde e da educação do doente na Europa tem sido limitada pelas diretrizes da Comunidade Económica Europeia, junto com reformas nos cuidados de saúde. Para além disso, dentro da Europa, os cuidados de saúde ainda podem estar organizados de modo diferente consoante o país, o que influencia a educação do doente e a sua efectividade. (14,15)

### 3 Evolução da comunicação em Saúde em Portugal

Em Portugal, as primeiras publicações acerca da problemática da comunicação médico-doente em oncologia surgem apenas em 1994. Santos, Santos e Abrantes (1994) discutem a questão da informação do diagnóstico ao doente num artigo publicado na Acta Médica Portuguesa. Neste estudo, em que foram entrevistados 80 médicos hospitalares de várias especialidades do actual Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, 59% dos médicos habitualmente não revelava ao doente toda a verdade sobre o diagnóstico, sendo que, se dava alguma informação, retirava-lhe a conotação de malignidade. De entre as razões apontadas para não revelar o diagnóstico ao doente, as três mais frequentes foram: receio do impacto psicológico que a revelação teria sobre o doente, meio cultural português e dificuldade do próprio médico. Procurou-se também avaliar a impressão dos médicos sobre o efeito de conhecer a verdade na forma de lidar com a doença, na relação médico-doente, na tolerância ao tratamento, no planeamento do futuro e no estado psicológico do doente ao longo da doença. Inferiu-se que, apesar de a informação completa não ser prática maioritária, existia a impressão entre os vários clínicos, de que aquela é benéfica para os vários itens inquiridos, particularmente o da relação médico doente (84% dos médicos). Ao reflectir sobre o impacto que a informação ao doente podia ter na experiência clínica, salientou-se que uma mudança de atitude *no dizer a verdade* ter-se-ia que acompanhar forçosamente de uma maior preocupação, por parte dos médicos, em desenvolverem aptidões que lhes permitissem oferecer o suporte emocional que estes doentes carecem. (16)

Hoje, a informação ao doente acerca do seu diagnóstico já não se coloca em causa. A educação do doente progrediu de profissionais de saúde a decidir o que os doentes precisavam de saber para a tomada de decisão partilhada, onde os profissionais de saúde e os doentes são igualmente influentes no processo de decisão. (2) O consentimento informado é o processo contínuo que compreende o

fornecimento e partilha de informação sobre o diagnóstico, a descrição da condição clínica, o tratamento proposto pelo médico ao doente (incluindo os benefícios e os riscos), os tratamentos alternativos e o direito da recusa. No entanto, a competência comunicacional insuficiente, orientada para a partilha de decisão, continua ser uma das principais barreiras a um bom processo de consentimento informado, salientando a necessidade de implementar a educação e formação de médicos em Portugal sobre esta temática. (17)

O ensino de competências comunicacionais realizou-se durante décadas de modo informal, sem focar especificamente técnicas de comunicação *per se*, interpretando a capacidade de comunicar como uma questão de vocação e não de aprendizagem. (18) O crescente reconhecimento da importância da comunicação e do seu treino na relação profissional de saúde-doente em Portugal (19–22) levou à proposta de ensino de competências de comunicação pelo Serviço de Psicologia Médica do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de Porto (FMUP). A integração da componente de comunicação na Educação médica, no âmbito da Relação Médico-Doente, encontra-se em prática desde 2001 nas aulas práticas da Disciplina de Psicologia Médica do 2º ano do Mestrado Integrado em Medicina. (22) Neste nível os alunos aprendem competências clínicas introdutórias, com sessões práticas acerca da relação Médico-Doente, focadas na entrevista clínica, onde o método de ensino primário é o Role-play entre pares. O treino de competências comunicacionais continua no 3º ano na disciplina de Semiótica Clínica, que integra um curso de competências clínicas e comunicacionais (CCCC). O objetivo é desenvolver competências na comunicação médico-doente, aprender a estruturar a história clínica e efectuar exames físicos padronizados. É esperado que os estudantes aprendam a lidar com problemas na relação médico-doente integrados em situações clínicas. (23)

Dentre os autores da proposta encontra-se Rui Mota Cardoso, Professor Catedrático da FMUP, que coordenou a obra "Competências Clínicas de Comunicação". (24) Manuel Sobrinho Simões, também ele Professor Catedrático da FMUP, no epílogo desta obra, salienta que "Lendo-o, percebemos a importância da forma como nos inclinamos (na etiologia da palavra clínica) sobre o outro, a pessoa doente, e o valor insubstituível da comunicação, desde o saber conversar/perguntar ao saber ouvir/escutar, no estabelecimento da uma relação que se pretende terapêutica.". (24,25) Não ficando por aqui nos esforços ao desenvolvimento da comunicação em saúde em Portugal, Rui Mota Cardoso iniciou, como director, o Mestrado em Comunicação Clínica no ano lectivo 2009/2010 na FMUP. Este mestrado consiste num segundo ciclo de estudos em Competências de



Comunicação Clínica, sendo admitidos à candidatura os detentores de Licenciatura ou Mestrado Integrado em Medicina, Enfermagem, Psicologia Clínica, Fisioterapia, Terapia da Fala, Terapia Ocupacional, Nutrição ou outras áreas da saúde. Os estudos englobam formação prática e investigação aplicada no campo da Comunicação Clínica e na relação Clínica com o Doente, em três fases: básica, avançada e especializada, ao longo de um programa abrangente. (26,27)

O Porto é, sem dúvida, a cidade que acolhe o grupo de trabalho que mais se tem dedicado ao estudo da comunicação clínica e ao treino de competências de comunicação em Portugal. (19,23,28–35) Alguns desses estudos pretenderam avaliar os efeitos do ensino da comunicação (19,23,28,29,32,34), como é o caso do trabalho de Loureiro *et al.* (2011a). Este tinha como objetivo analisar as percepções dos estudantes em relação à aprendizagem de competências de comunicação pré e pós formação no CCCC ao longo do 3º ano do Mestrado Integrado em Medicina na FMUP. (23) Na continuação do estudo longitudinal, Loureiro *et al.* (2011b) recorreram aos mesmos alunos para analisar as atitudes positivas/negativas e os níveis de ansiedade perante a aprendizagem de competências de comunicação pré e pós formação no CCCC, de forma a reconhecer a necessidade de revisão do tempo de ensino e a sua utilidade na monitorização das atitudes perante as competências comunicacionais, na melhoria do currículo, nos métodos de ensino e nas técnicas de avaliação. (28) Por fim, Loureiro, Severo e Ferreira (2015), contactaram novamente os mesmos estudantes, agora internos do ano comum, para participar num estudo transversal. Este estudo tinha o intuito de medir as atitudes dos internos sobre a sua educação em competências comunicacionais, a apreciação da sua adequação, bem como a associação das atitudes de competências de comunicação ao género, especialidade, local de prática e à percepção de que o treino foi suficiente ou não. (29)

Quando nos debruçamos sobre a área de oncologia em Portugal, é possível reconhecer os esforços feitos no sentido da melhoria dos cuidados ao doente no que diz respeito à comunicação dos profissionais de saúde. É de realçar alguns dos objetivos estabelecidos no novo programa de formação em Oncologia Médica publicado em Diário da República, na Portaria n.º 84/2010. (36) Entre os objetivos gerais da formação, no ponto 6.5 pode-se ler “Capacidade para actuar ao longo de toda a evolução dos diferentes tumores, incluindo a fase terminal da doença, no ambulatório e ou no internamento, bem como nos contextos individual, familiar, social e profissional, incluindo nestes a de comunicar adequadamente com os doentes e seus familiares;”. Entre os objetivos do estágio em Oncologia Médica, na alínea f) do ponto 9.2.2.3 - Objetivos de conhecimento, pode-se ler “Deve conhecer

as várias técnicas de comunicação com o doente e sua família e ser capaz de integrar o impacto pessoal, familiar, social e profissional da doença e suas terapêuticas no processo de decisão terapêutica e no acompanhamento dos doentes.”.

No Instituto Português de Oncologia (IPO) de Lisboa Francisco Gentil, E.P.E., esses esforços manifestaram-se também através da oferta do curso “Técnicas de Comunicação com o Doente Oncológico” em Novembro de 2014, destinado a médicos, enfermeiros, técnicos superiores e técnicos de diagnóstico e terapêutica. O curso tinha como objetivo geral desenvolver competências na área da comunicação com o doente oncológico e família e como objetivo específico a aquisição de conhecimentos e treino de técnicas na área da comunicação, aplicáveis ao contexto profissional. O conteúdo programático foi abordado de modo expositivo e activo (com exercícios práticos, discussão de casos e partilha de experiências) ao longo de 14h de treino. (37,38)

Seguidamente, a Sociedade Portuguesa de Oncologia (SPO) também promoveu o curso “Comunicação com o doente oncológico” em Novembro de 2015, dirigido a médicos, enfermeiros e profissionais de saúde que trabalham com doentes oncológicos, tendo como objetivos melhorar as competências de comunicação dos profissionais, permitir reconhecer comportamentos e desenvolver estratégias facilitadoras de comunicação para colocar em prática em diferentes contextos clínicos. (39)

A SPO é uma associação Científica e Cultural, sem fins lucrativos que tem como objetivos o estudo e a investigação no âmbito da Oncologia, em todas as suas facetas, nomeadamente epidemiologia, prevenção, profilaxia, diagnóstico, tratamento, reabilitação e aspectos psicossociais da doença. (40) Como tal, o curso pré-congresso “Comunicação com o doente oncológico” teve lugar na primeira edição do Simpósio Nacional SPO, que pretendia “congregar a comunidade oncológica nacional numa união de esforços, partilha de perspetivas e comunhão de saberes em prol do doente oncológico”. (41)

Em entrevista para a *newsletter* do Simpósio, a Dr.<sup>a</sup> Susana Almeida refere que “A comunicação clara, empática e contentora acaba por ser a coluna vertebral de uma eficácia maior e competência fundamental na relação médico doente”, acrescentando ainda, “Essas competências são treinadas, são exercitadas, de acordo com linhas de orientação. Tudo o que possa facilitar a comunicação de más notícias, a gestão de emoções, a transição de cuidados, por exemplo, a passagem de tratamentos curativos para paliativos, com apoio e proteção bem solidificada nessa relação é uma mais valia.” (42)

Em resposta ao questionário de satisfação realizado pela SPO aos participantes do curso, o *feedback* foi bastante positivo com elevados níveis de satisfação quanto às temáticas abordadas, tendo o tema "Comunicação do prognóstico nos cuidados oncológicos" reunido o maior nível de satisfação. Os inquiridos sugeriram ainda a apresentação de casos reais direcionados para o tema da morte e más notícias, bem como a repetição deste curso noutros eventos da SPO. (43)

Recentemente a SPO, de modo a aprofundar os aspectos psicossociais da doença oncológica e conhecer melhor as preocupações e percepções da população, apelou a todos os doentes e sobreviventes ao preenchimento do inquérito "Cuidados de saúde em Oncologia: a visão dos doentes". (44)

Torna-se aqui relevante destacar alguns dos tópicos que constituem o inquérito, como é o caso em que os inquiridos são questionados acerca dos fatores que mais valorizam nos cuidados de Saúde. Dentre as várias alínea pode-se ler "A comunicação/relação entre doente e profissional de saúde", sendo pedido para classificarem por ordem de relevância numa escala de 1 a 3, em que 1 é a sua primeira valorização, o 2 a segunda valorização e o 3 a terceira valorização. É questionado se o médico envolveu o doente nas decisões relativas aos cuidados de saúde e tratamento e, a importância para o doente em estar envolvido nessas decisões numa escala de 0 a 10. A partir de uma resposta aberta, o doente e sobrevivente, pode ainda descrever o que mais valoriza numa consulta. (44)

Com o inquérito, procura-se alcançar o impacto do cancro na vida do doente e identificar as suas principais preocupações, compreender o que mais valoriza o doente ao longo de todo o processo de tratamento e as suas visões sobre a realidade oncológica em Portugal. Procura-se ainda apontar quais as áreas a serem melhoradas nos cuidados de saúde a serem prestados aos doentes oncológicos. (45)

Outro grande passo no desenvolvimento da comunicação em saúde em Portugal foi a criação da Sociedade Portuguesa de Comunicação Clínica em Cuidados de Saúde (SP3CS) em Setembro de 2016. A SP3CS é uma associação sem fins lucrativos que pretende constituir-se como um centro de dinamização da formação e da investigação no ensino das competências de comunicação clínica. É uma sociedade científica, aberta a profissionais na área da saúde e estudantes dos cursos de saúde, que têm como missão os objetivos apresentados na **Tabela 1**. (46) O "I Congresso Nacional de Comunicação Clínica em Cuidados de Saúde", primeira actividade da SP3CS, teve lugar nos dias 20 e 21 de Outubro na Escola de Medicina da Universidade do Minho. A conferência inaugural contou com a participação de

Evelyn van Weel-Baumgarten, Presidente da International Association for Communication in Healthcare (EACH). (47)

Como parte da comissão científica da SP3CS e entre os órgãos sociais, no cargo de Secretário da Mesa de Assembleia Geral, encontra-se o Prof. Dr. Afonso Cavaco, Professor Associado da Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa (FFUL), que tem desenvolvido vários trabalhos no âmbito da comunicação em saúde no contexto farmacêutico. (48–53)

**Tabela 1 - Objetivos da Sociedade Portuguesa de Competências de Comunicação Clínica em Cuidados de Saúde**

1. Promover o desenvolvimento das competências de comunicação nos cuidados de saúde
2. Fomentar a investigação na área da comunicação clínica
3. Promover a transmissão de conhecimento na área das competências em comunicação clínica
4. Organizar reuniões científicas e outras acções de formação na sua área de intervenção
5. Dinamizar a cooperação e relações científicas entre os seus sócios, bem como com outros interessados no tema
6. Articular-se com entidades nacionais e internacionais com áreas de actividade afins

## 4 Comunicação em Saúde

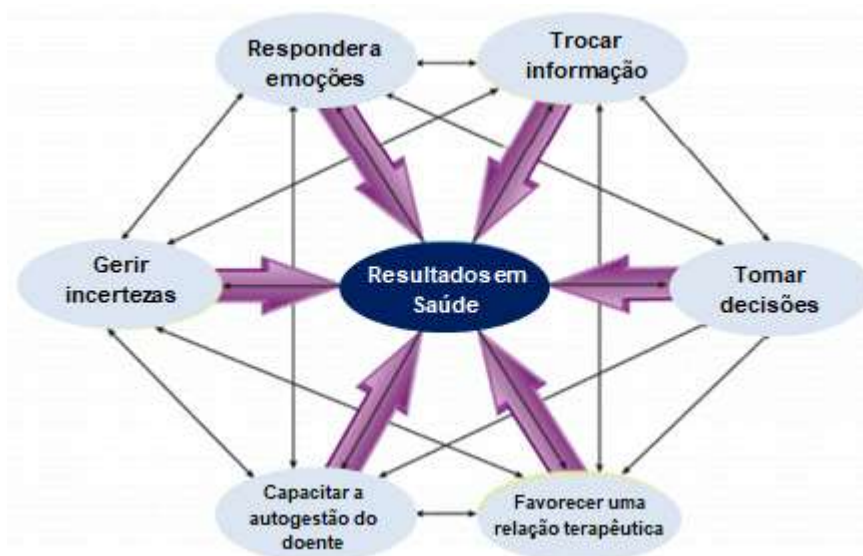
Etimologicamente, a palavra comunicar deriva do latim *comunicare* que significa «partilhar alguma coisa com alguém», «pôr em comum», «tornar comum». (20) A comunicação em saúde, de modo genérico, está relacionada com a aplicação de conceitos e teorias de comunicação às transações que ocorrem entre indivíduos em assuntos relacionados com a saúde (54), através das quais emitem e recebem mensagens com a finalidade de compreender e serem compreendidos pelos outros. (55)

A comunicação é um processo complexo que se concretiza por uma trama de comportamentos verbais e não-verbais, num dado contexto. (20) Ainda que seja usual ouvir, nomeadamente nos serviços de saúde, que “*eles não comunicam entre si*”, ou que “*há uma falta de comunicação*”, a comunicação é onnipresente, tal como diz Watzlawick “*não se pode não comunicar*”. (56) Dada a impossibilidade de não comunicar e sabendo que toda a comunicação tem consequências, é fundamental que os profissionais de saúde tenham consciência que todos os seus comportamentos têm impacto nos seus doentes e nos outros profissionais. (55)

Dado isto, um cuidado centrado no doente é fundamental. O cuidado centrado no doente respeita e responde às preferências, necessidades e valores do doente, assegurando que os valores do doente guiam todas as decisões clínicas. (57) O cuidado centrado no doente é fundamentado numa comunicação efetiva entre o doente e o profissional de saúde, que implica a partilha de informação e o apoio do envolvimento activo do doente nos seus cuidados (caso ele deseje ser envolvido). (58) Indiscutivelmente, a comunicação centrada no doente (CCD) é o mecanismo primário através do qual o cuidado centrado no doente é alcançado. (59)

O *National Cancer Institute* dos Estados Unidos da América desenvolveu em 2007 um framework que define seis funções principais da CCD (60), como demonstrado na **Figura 1**, que vamos explorar:

- **Trocar informação** – Comunicação utilizada para avaliar e perceber a necessidade de informação do doente, para facilitar a troca de informações de forma recíproca e conseguir um entendimento mútuo.
- **Tomar decisões** – Comunicação utilizada para compreender as preferências do doente em relação ao envolvimento na tomada de decisões, para dar a conhecer ao doente quando há uma decisão a ser tomada e, envolver o doente para que a decisão seja baseada na melhor evidência científica e reflita os valores e preferências do doente.
- **Favorecer uma relação terapêutica** – Comunicação que promove a confiança, harmonia, compromisso e a compreensão mútua acerca das regras e responsabilidades de cada um, isto é, profissional de saúde e doente.
- **Capacitar a autogestão do doente** – Comunicação que ajuda os doentes a gerir os sintomas e efeitos adversos, aliviando a sobrecarga do sistema de saúde.
- **Gerir incertezas** – Comunicação que admite as incertezas e reconhece que algumas são irreduzíveis, que ajuda o doente a gerir essas incertezas fornecendo informação, suporte e estratégias.
- **Responder a emoções** – Comunicação que descobre, reconhece e compreende as emoções do doente e que responde com legitimidade, validação, empatia e suporte.



**Figura 1 - Modelo de comunicação centrada no doente (60)**

A comunicação permite explorar e valorizar sintomas, emoções, sentimentos e preocupações, identificar e modelar expectativas, dar explicações, lidar com motivações, acordar planos terapêuticos, isto é, construir um clima terapêutico e uma relação profissional de ajuda. Relação e comunicação são entidades distintas, mas indissociáveis, sendo que a relação se constrói e manifesta, em grande parte, pela comunicação. (20)

Uma relação de ajuda entre profissional de saúde e doente, caracteristicamente empática, que atenda às necessidades da pessoa, respeite a sua individualidade, fomente a sua autoestima e incute esperança, é essencial para minorar o sofrimento do doente. Contudo, isto exige competências de comunicação para as quais, frequentemente, os profissionais de saúde não se sentem preparados (61,62) e, ao não comunicarem adequadamente com o doente, terão dificuldade em fazer a avaliação e o diagnóstico das componentes psicossociais da doença, resumindo a sua actuação à componente biológica da patologia. (63)

Os profissionais de saúde devem adquirir e treinar as artes da comunicação com o intuito de fortalecer a relação profissional de saúde-doente na interação, as artes definidas na **Tabela 2** são uma proposta de abordagem desenvolvida por *Carrapiço e Ramos (2012)*. Os pilares centrais da comunicação profissional de saúde-doente são: ouvir, perguntar, imaginar-se no lugar do outro, confirmar e reformular. (20)

**Tabela 2 - Artes da comunicação na consulta (20)**

Artes	Capacidades ou Habilidades	Observações
<b>Começar</b>	Interpelar – iniciar cordialmente a comunicação	Um bom começo prepara um bom sucesso
	Acolher/reconhecer – contacto visual sereno e acolhedor	
	Mostrar disponibilidade	
<b>“Ver” e “Ler”</b>	Manter uma quietude atenta (economizar nas palavras, ser mãos largas na atenção)	Um olhar atento capta em fracções de segundos uma infinidade de
	Observar	

	Ter em conta a linguagem não-verbal (corporal)	indícios e informação
	Ter em conta a linguagem para-verbal (entoação, etc.)	
<b>Ouvir</b>	Escuta atenta e activa	«Temos dois ouvidos e apenas uma boca para ouvirmos, pelo menos, o dobro do que falamos.»
	Conter-se – baixa reactividade e controle da impaciência	
	Ficar calado, quando apropriado – deixar o doente falar	
	Respeitar silêncios significativos	Zenão de Cítio
<b>Conduzir</b>	Dar sinais de suporte ao prosseguir da comunicação (por exemplo, sorrir, quando e quanto apropriado)	A interrupção deve ser a excepção, nunca a regra
	Focalizar e orientar – manter o rumo face aos objetivos	
	Interromper – apenas quando oportuno e apropriado	
	Parafrasear	
	Sinalizar aspectos relevantes expressos pelo doente	
	Manter assertividade	
	Reorientar – quando e quanto apropriado	
<b>Perguntar</b>	Fazer perguntas abertas – sem induzir resposta	Treinar o hábito de perguntar e controlar a tendência para proferir afirmações
	Fazer perguntas com opções	
	Responder com pergunta	
	Pedir <i>feedback</i> – que lhe parece? Concorda?	
	Imaginar como reagiria e comunicar, quando apropriado	A empatia é a chave para uma



<b>Imaginar-se no lugar do outro.</b> Ver-se/ representar-se mentalmente na situação do outro e evidenciar ressonância afetiva “Calçar os sapatos do outro”	Imaginar o que sentiria e comunicar, quando apropriado	comunicação sensível e para a compreensão do outro
	Imaginar o que pensaria e comunicar, quando apropriado	
	Imaginar como gostaria de ser compreendido e comunicar, quando apropriado	
	Imaginar o que gostaria que lhe fizessem/e não fizessem e comunicar, quando apropriado	
	Imaginar o que faria e comunicar, quando apropriado	
<b>Sintonizar</b>	Identificar preocupações e expectativas	Por vezes, pensamos uma coisa, expressamos outra, o interlocutor entende uma outra e diz-nos que dissemos algo que nunca nos passou pela mente dizer!
	Ponderar cada palavra e seu significado para o doente	
	Verificar se os “significados” das palavras e das expressões são iguais para ambos	
	Identificar confusões e mal-entendidos	
<b>Confirmar e reformular</b>	Confirmar que compreendeu o doente	A arte de confirmar, de dar <i>feedback</i> e de reformular é o garante para levar a comunicação a bom termo
	Reformular quando apropriado	
	Propor perspectivas ou modos de “ver” alternativos	
<b>Explicar</b> (causas; determinantes; mecanismos; riscos/ probabilidades;	Solicitar as representações e explicações do doente	Para bem explicar é preciso muito mais do que bem saber
	Usar vocabulário e formas de linguagem compreensíveis	
	Escolher as palavras certas	

possibilidades de intervenção; prognósticos, etc.)	Usar imagens	
	Usar analogias e metáforas	
<b>Resumir</b>	«Destilar» aspectos essenciais	Resumir ajuda a ordenar, a reinterpretar e a ver mais claro
	Fazer resumos sucintos em vários momentos	
	Propor modos de “ver” integrados	
<b>Estabelecer acordo</b>	Hierarquizar – essencial versus acessório	Designam-se também por competências e capacidades negociais ou transacionais
	Convergir para encontros de agendas	
	Identificar e propor acções adequadas e viáveis	
	Acolher e respeitar preferências e condicionalismos	
	Propor alternativas aceitáveis para ambos	
	Delinear objetivos SMART (specific, measurable, achievable, relevant, time limited)	
	Acertar o quadro final de acções e objetivos acordados	
<b>Concluir</b>	Confirmar que as necessidades foram satisfeitas	Regra dos «3C»: – Começar bem – Conduzir bem – Concluir bem
	Confirmar que as expectativas foram contempladas	
	Confirmar que tudo foi compreendido	
	Aceitar feedback espontâneo do doente	
	Encerrar cordialmente a comunicação	

No que diz respeito à arte de ouvir, a escuta activa e reflexiva, sem juízos de valor, leva a que o doente sinta que existe interesse genuíno no que ele está a dizer

e que tem espaço para exprimir os seus sentimentos, angústias, inquietações, dúvidas e dificuldades. (64) Um bom comunicador ouve o seu doente. Ele tenta perceber, activa e empaticamente, o que doente está a tentar dizer, sem o interromper. Ele faz perguntas abertas e tenta saber mais coisas, não apenas sobre a doença, mas também sobre o doente como um indivíduo. (65) No entanto deve saber modular a reatividade de modo a que a interacção não seja totalmente aberta, pretende-se que a reatividade seja inicialmente baixa e que aumente na fase resolutive da interacção. (55)

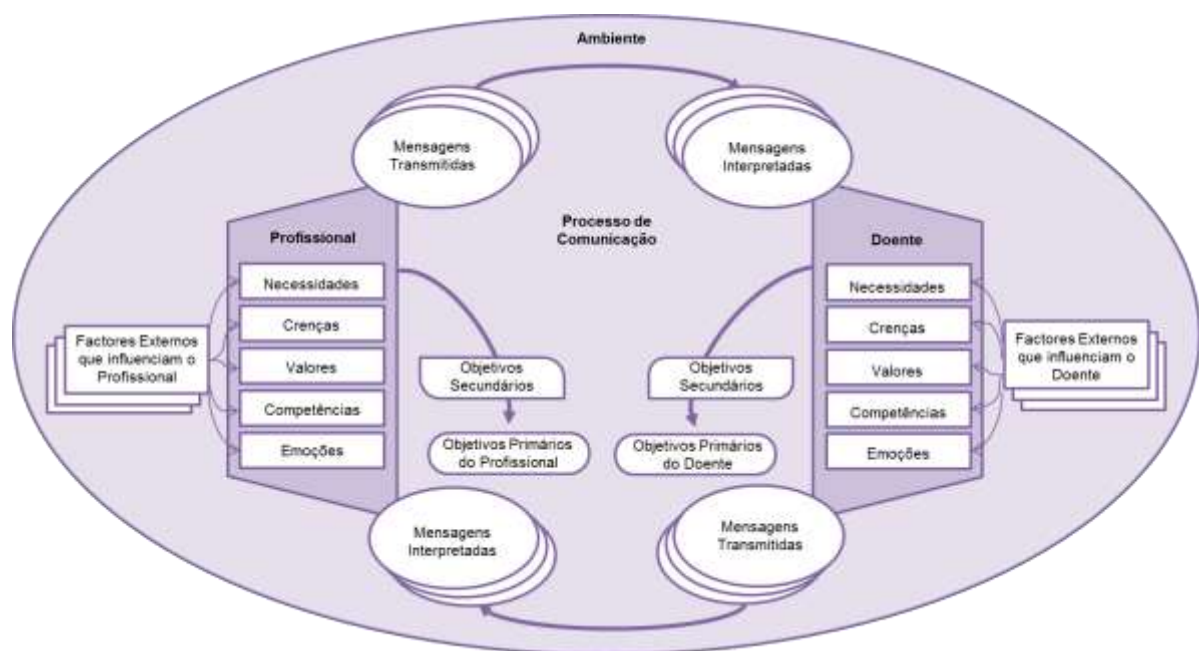
Um obstáculo *major* à comunicação é a ausência de compreensão, daí ser tão importante a atitude/comportamento da empatia. (20) A empatia consiste na capacidade de uma pessoa aceder ao que outra sente e pensa no momento da interacção. (63) Os índios americanos chamavam-lhe “andar nos mocassins do outro”. (55) O entrevistador deve interpretar e sentir esses pensamentos como se fossem seus, sem perder a sua identidade (63) e, sempre que possível, transmitir ao doente, de vários modos, esta atitude, isto é, que o compreende. (20) O bom entrevistador tenta perceber o ponto de vista do doente mesmo que discorde com ele e nunca critica o doente. (65) A sensação de ser compreendido pelo outro é, em si, intrinsecamente terapêutica, quebrando as barreiras de isolamento da doença e restaura a sensação de se sentir como um todo. A empatia exprime-se de modo verbal e não-verbal. Quer isto dizer que o doente percebe a empatia do profissional de saúde por aquilo que ele diz, mas também, ou até mais, por aquilo que ele mostra. (55) Podemos perceber que a empatia é um instrumento fundamental para a comunicação entre o profissional de saúde e o doente e deve ser treinada e aperfeiçoada, porque se é complexa com uma pessoa semelhante, torna-se extremamente difícil com uma pessoa muito diferente em idade ou estatuto sociocultural. (63)

Outro aspecto central na comunicação relaciona-se com a expressão das emoções. Quando comunicamos, estamos a transmitir emoções, existindo emoções que são protectoras da saúde e emoções que lhe são nocivas. No caso do profissional de saúde, este aspecto é fundamental, pois transmitir as emoções positivas para o doente é a principal vertente do efeito placebo que o profissional de saúde pode constituir para o doente – efeito psicológico provocado pela forma de comunicar. Mas, para que isso aconteça, é necessário que o profissional de saúde perceba e conheça as emoções que está a transmitir, o que não é fácil, necessitando de treino e aprendizagem. (63)

O processo total de comunicação é muito mais que a simples soma dos gestos, comportamentos e artes de comunicação. O seu sucesso depende, essencialmente, da preocupação com o outro e do interesse e da motivação para comunicar bem. (20)

## 5 Componentes da comunicação

A comunicação é um processo multidimensional, como já foi visto, onde se estabelece um relacionamento e um conteúdo, que ocorre num ambiente complexo. Revela-se crucial conhecer melhor os elementos deste processo, de modo a contextualizar a literatura, facilitar a sua interpretação e possível aplicação. Neste sentido, apresentamos um *conceptual framework* desenvolvido por Feldman-Stewart *et al.* (2005), isto é, uma estrutura de conceitos, de comunicação pessoal entre um doente e um profissional de saúde, no âmbito da oncologia. (66)



**Figura 2 - Framework de comunicação profissional de saúde-doente (66)**

O *communication framework*, esquematizado na **Figura 2**, consiste em cinco componentes principais que são usados para representar a comunicação que se estabelece entre os dois participantes, são eles:

– **Objetivos** - O componente chave é a noção que a comunicação se destina a alcançar os objetivos particulares de cada participante no contexto da interação, mais especificamente, entre o doente e profissional de saúde no contexto da consulta.

Cada objetivo reflecte uma ou mais necessidades dos participantes. Por exemplo, o objetivo de uma mulher com cancro da mama em obter informação pode expressar a sua necessidade de escolha do tratamento, assim como, a sua necessidade de ter mais controlo sobre a sua vida. Os doentes nem sempre conseguem definir os seus objetivos, como é o caso em situações onde as emoções intensas estão subjacentes às acções. Nestas situações, o profissional de saúde deve incluir no seu processo de comunicação um meio de ajudar o doente a descobrir os seus objetivos.

Os objetivos podem ser definidos como primários (por exemplo, decidir o curso do tratamento), sendo os catalisadores da comunicação, ou como secundários (por exemplo, diminuir a ansiedade de modo a poder focar-se na decisão), sendo os possibilitadores ou facilitadores dos objetivos primários.

Nesta perspectiva, uma comunicação bem sucedida é aquela que ajuda os participantes a trabalhar no sentido dos seus objetivos, não os realizando necessariamente na totalidade. (66,67)

– **Atributos** – As *necessidades*, as *crenças*, os *valores*, as *competências* e as *emoções* são *atributos* dos participantes que influenciam a comunicação.

Nas *necessidades* estão incluídos todos os níveis que são intrínsecos e secundários ao funcionamento humano, desde aquelas relacionadas com a fisiologia e segurança básica (por exemplo, alimento e protecção), bem como as necessidades sociais (por exemplo, afiliação), psicológicas (por exemplo, reconhecimento, autoestima, autonomia, poder) e de autorrealização (por exemplo, necessidade de verdade).

As *crenças* de um participante representam a compreensão do seu mundo, incluindo as especificidades da sua situação e o que consideram ser conhecimento.

Os *valores* incluem propriedades ou fins que podem ou não ser considerados desejados ou dignos e, podem ter uma valência positiva ou negativa. Os valores incluem princípios ou padrões que são fundamentais para o participante, que combinados com as crenças produzem atitudes. (68)

As *competências* são os elementos que permitem os participantes satisfazer os seus objetivos particulares. São necessárias várias competências para transmitir

mensagens verbais e não-verbais, que ainda diferem das competências envolvidas na compreensão e interpretação das mensagens recebidas, no entanto, ambas devem estar presentes.

As *emoções* tanto podem ter uma valência positiva (por exemplo, alegria) ou negativa (por exemplo, raiva). O *framework* inclui as emoções transitórias, que podem mudar durante um conversa e, emoções de curta duração, como a primeira reação de choque ao se conhecer um diagnóstico de cancro. As emoções que são mais estáveis, como o temperamento, também são incluídas. As emoções são transmitidas frequentemente por comunicação não-verbal. (66,67,69)

– **Processo** – A transmissão e recepção de mensagens são encaradas como o coração do processo de comunicação, como representado na **Figura 2**. As estratégias necessárias para melhorar os dois conjuntos de competências comunicacionais são reconhecidamente diferentes.

São definidos três tipos de mensagens que podem ser transmitidas, duas activas, onde um acção está na base da mensagem e, uma passiva, em que a falta de acção também pode ser destinada a ser entregue e/ou interpretada como uma mensagem.

De entre as mensagens activas, são distinguidos dois tipos: verbais e não-verbais. As mensagens verbais são expressas usando palavras através da fala ou a partir de outros meios de expressão como a linguagem gestual. As mensagens não-verbais incluem todas as outras mensagens activas que não são baseadas na linguagem, como o tom de voz, as expressões faciais e os gestos. Também aqui, entre mensagens verbais e não-verbais, as competências comunicacionais necessárias diferem, tal como as estratégias necessárias para melhorá-las.

No que diz respeito às mensagens passivas, o silêncio pode ser explícito (por exemplo, pela omissão de resposta quando uma é expectável) ou implícito pela falta de discussão de determinado tópico. (66,67)

– **Ambiente** – O ambiente é constituído pelos elementos da configuração física onde a comunicação decorre, tais como a presença de aparelhos de gravação de voz, a configuração da sala, a privacidade, o conforto, e a pressão do tempo. (67)

– **Fatores externos** – O último componente ressalta os fatores externos ao processo de comunicação que influenciam os atributos dos participantes. São

exemplo, a educação e treino, expectativas, experiências pessoais, influências culturais, a família e amigos. (66,67)

O *framework* vem, a partir de uma abordagem breve e compreensiva, clarificar os elementos fundamentais da comunicação entre um doente e um profissional de saúde, com prioridade nos elementos passíveis de modificação. Feldman-Stewart *et al.* acreditam que ele pode orientar avaliações da comunicação doente-profissional de saúde e, orientar a construção e implementação de intervenções e a sua avaliação. (66)



## 6 A doença oncológica

Durante o século XX ocorreu uma alteração no padrão das doenças nos países desenvolvidos. As doenças agudas deixaram de ser os problemas de saúde mais frequentes, sendo substituídas pelas doenças crônicas. As doenças crônicas persistem, recidivam e necessitam de tratamento e cuidados por elevados períodos de tempo. (70) A doença oncológica inclui-se nesta categoria, pois deixou de ser, na generalidade, uma doença fatal passando a ser crônica podendo durar meses ou anos com tratamentos complexos, que na sua maioria têm diversos e severos efeitos adversos. (71)

A doença oncológica é assumida como um problema de saúde pública que implica elevados custos económicos e sociais. No que concerne ao nível pessoal, não existe nenhuma dimensão que não seja afetada. (70)

O cancro é um termo genérico utilizado para um grande grupo de doenças que pode afetar qualquer parte do corpo. Outros termos usualmente utilizados são tumor maligno ou neoplasia. O cancro é caracterizado pelo rápido crescimento de células anormais para além dos seus limites habituais, que podem invadir outras partes do corpo e ainda multiplicar-se por todo o organismo, o processo mais tardio que é chamado de metastização e constitui a causa principal de morte por cancro. (72)

As células cancerígenas podem ser originadas de várias formas, tais como: células que escapam ao controle da homeostasia do organismo, anomalias na diferenciação celular (o que promove o fácil e rápido crescimento), potencial das células cancerígenas para invadirem os tecidos adjacentes, o potencial de metastização e ainda a resistência aos tratamentos. (73)

O cancro é uma importante causa de mortalidade e morbilidade, especialmente em países desenvolvidos (73), devido às mudanças de estilo de vida, ao envelhecimento da população e consequente aumento da esperança de vida, que se relaciona por sua vez com melhores técnicas de diagnóstico e tratamento em saúde. (74)

Segundo a OMS (2017) o cancro é uma das principais causas de morte no mundo, tendo sido responsável por 8,8 milhões de mortes em 2015, aproximadamente 1 em 6 mortes deve-se ao cancro. (72) Em Portugal, o cancro é a segunda maior causa de morte (75), que mata cerca de 20 mil pessoas anualmente (76), precedido apenas pelas doenças do aparelho circulatório. Quando comparada a mortalidade por doença oncológica entre os países da Europa, Portugal tem, na globalidade, uma mortalidade baixa por cancro, por padrões europeus. (77)

## 7 O doente oncológico e a relação profissional de saúde-doente oncológico

A doença oncológica não é apenas uma patologia biológica, mas sim uma doença bio-psico-social, visto que afeta a parte física e psicológica do doente, bem como o meio social em que ele se insere. (78)

*Markides* (2011) acredita que para perceber a dificuldade que é ser um doente oncológico todo o profissional de saúde deve tentar ao máximo colocar-se no mundo do doente. Isto é, adquirir a maior percepção possível das suas necessidades e dos seus sentimentos, não esquecendo que cada pessoa é um indivíduo com as suas próprias necessidades especiais, nomeadamente no que diz respeito ao tipo e estadió do cancro, ao prognóstico, à idade, ao género, à personalidade, etc. O doente oncológico passa por um tratamento agressivo com base na cirurgia, quimioterapia ou radioterapia ou uma combinação dos três, que levam a efeitos secundários intensos nomeadamente vómitos, náuseas, diarreia, anorexia, astenia, insónia, entre outros. Os problemas psicológicos que podem surgir no doente com cancro são, entre outros, a perda de controlo sobre a doença, sentimentos de culpa, preocupação, confusão, raiva, ansiedade, medo sobre o que pode acontecer, baixa autoestima, tristeza, isolamento, problemas sexuais, depressão e risco de suicídio. Por fim, mas não menos importante, os problemas sociais também surgem, nomeadamente os problemas financeiros, o desemprego, o preconceito, os custos dos cuidados de saúde e as mudanças do estilo de vida. (65)

A doença oncológica é vivida como uma experiência de sofrimento, não só pela consciência da ameaça real, ou imaginária, à integridade da pessoa, mas também pela experiência de dor e de instabilidade, pelo confronto com a ideia da morte e ainda, durante a hospitalização, pelo afastamento e privação dos seus objetos de amor. (79) O doente precisa necessariamente do nosso suporte para lidar com todos estes desafios. Em todos os momentos desta caminhada, o profissional de saúde deve estimular e manter um diálogo aberto e contínuo, de confiança e

confidência, com doentes e familiares, gerador de uma relação centrada no respeito pela autonomia e dignidade do doente, reconhecendo até ao fim a prioridade ética das expectativas, necessidades e preferências dos doentes, mesmo que seja a de dizer *não*. (80)

Uma boa comunicação é muito importante e ajuda o profissional de saúde a identificar as necessidades específicas do doente e a ter em consideração a sua opinião e decisão. As más notícias, tais como desenvolvimento de metástases, necessidade de mais tratamento, estadio avançado do cancro, podem ocorrer em qualquer fase de evolução do cancro e, o profissional de saúde deve informar o doente das más notícias se este assim o pretender, utilizando a empatia e incutindo a esperança no doente. (65)

O manejo da informação e das reações emocionais que decorrem das más notícias com uma comunicação centrada no doente constitui uma tarefa prioritária a ter em conta na interação com o doente oncológico, a qual deve obedecer aos seguintes princípios:

- Comunicação das más notícias (de forma sensível e doseada)
- Fornecer a informação de acordo com os desejos individuais
- Dar tempo para “digerir” a informação
- Permitir a expressão de emoções
- Saber lidar com as reações emocionais (do doente e/ou da família), mesmo aquelas que *a priori* pareçam inadequadas (negação, raiva e hostilidade)
- Ajudar o doente a lidar com as incertezas associadas ao diagnóstico, tratamento e, sobretudo o prognóstico (ex. A dor, o sofrimento, o desfiguramento, as perdas, a morte)
- Saber lidar com as questões difíceis (“tenho cura?”; “quanto tempo de vida tenho?”, “vou morrer?”). (60,80)

A qualidade da relação entre o doente e o profissional de saúde pode (e deve) ser terapêutica para o doente. Ela desempenha um papel fulcral nos resultados do tratamento e é tão curativa e importante como a quimioterapia. O componente mais importante desta relação é a confiança e ela não é algo que nós possamos comprar ou exigir de outros, mas sim algo que se conquista. Se quisermos que outros confiem em nós temos que os respeitar primeiro. Um profissional de saúde que é um bom comunicador respeita o seu doente, percebendo que tem à sua frente um ser humano que tem as suas opiniões, pontos de vista, sentimentos e que pode ter origem numa cultura diferente. (65)

## 8 A importância da comunicação em oncologia

Uma comunicação profissional de saúde-doente efetiva pode ser de extrema importância para os resultados psico-sociais em longo prazo em doentes com cancro. (81)

A comunicação efetiva é o pilar do cuidado centrado no doente e do comportamento empático, levando a uma relação profissional de saúde-doente frutuosa. Contribui para um efeito terapêutico positivo, para melhor satisfação e resultados do doente (adesão à terapêutica, lidar com a doença, qualidade de vida (82), entre outros, apresentados na **Tabela 3** (60)) e, claro está, aumenta em geral a qualidade do sistema de saúde (34), reduzindo as complicações legais (por exemplo, má-prática) e a conflitualidade na consulta e nos serviços de saúde (20).

**Tabela 3 - Resultados de uma comunicação efetiva (60)**

Resultados de Comunicação	Resultados em Saúde
<ul style="list-style-type: none"><li>– Relações Profissional de Saúde-Doente-Família fortes (confiança, harmonia, respeito, envolvimento da família e cuidadores)</li><li>– Troca efetiva de informação (recordação da informação, sentimento de que é compreendido e reconhecido)</li><li>– Validação das emoções (p.e., empatia)</li><li>– Reconhecimento, compreensão e tolerância das incertezas</li><li>– Participação do doente na tomada de</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>– Sobrevivência e Sobrevivência sem doença<ul style="list-style-type: none"><li>– Prevenção e Detecção precoce do cancro</li><li>– Diagnóstico preciso e complementação do tratamento baseado na evidência</li><li>– Manutenção da remissão</li></ul></li><li>– Qualidade de vida relacionada à saúde</li></ul>

decisões – Coordenação do cuidado	– Funcionamento: cognitivo, físico, mental e social  – Bem-estar: físico e emocional  – Percepções de saúde
<b>Resultados Intermédios</b>	<b>Resultados Sociais</b>
– Alianças terapêuticas fortes – Compreensão e conhecimento do doente – Autogestão emocional – Decisões médicas de alta qualidade (informadas por evidência clínica, de acordo com os valores do doente) – Advocacia e suporte familiar/social – Auto eficácia, fortalecimento e habilitação pelo doente – Melhor adesão, hábitos de saúde e auto cuidado – Acesso a cuidados e ao uso efetivo do sistema de saúde	– Utilização rentável dos serviços de saúde – Redução das disparidades em saúde e nos cuidados de saúde – Práticas éticas (por exemplo, consentimento informado)

Se o doente percebe que o profissional de saúde está focado nele e que realmente se importa com os seus sentimentos, o doente é capaz de confiar mais no profissional de saúde. Se ele confia mais no profissional de saúde ele terá mais propensão em ouvir a sua opinião e aceitar os seus conselhos. Para além disso, tomar em conta a opinião do doente e o seu ponto de vista em relação ao plano terapêutico é uma atitude, só por si, muito terapêutica para o doente. O doente sente que foi envolvido no seu tratamento, que não é apenas o tratamento prescrito pelo médico, mas que ele fez parte da tomada de decisão. Ele será capaz de seguir melhor o tratamento porque sabe o que está a acontecer, conhece os efeitos adversos da medicação, as possíveis dificuldades do tratamento, quanto tempo o tratamento vai durar, que alternativas tem. Isto leva a resultados positivos,

nomeadamente à diminuição da ansiedade, do medo e da incerteza e ao aumento da sua satisfação, autoconfiança e sensação de controlo. (65)

Por outro lado, os profissionais de saúde podem influenciar a memória dos doentes pela forma como eles comunicam a informação. Em geral, os doentes apenas se recordam de 20 a 60% da informação fornecida pelos profissionais de saúde o que também se aplica às consultas de oncologia. Medendorp et al. (2017) conduziram um estudo em que concluíram que o uso de um estilo de comunicação que transmite confiança, caracterizada pela verbalização de competência, honestidade e cuidado, como são exemplo os discursos da **Tabela 4**, aumenta a recordação da informação pelos doentes oncológicos. (83) Estudos realizados com doentes com cancro em estado avançado, perto do fim de vida (FDV), demonstraram que aqueles que se recordam das informações com precisão, presumivelmente a partir das conversas com os seus profissionais de saúde acerca do prognóstico ou das opções de cuidados em FDV, escolhem tratamentos ou cuidados de FDV diferentes daqueles que não se recordam e experienciam um melhor FDV. (84)

**Tabela 4 - Visão geral do guião seguido para transmitir cada um dos três componentes da confiança (83)**

<b>Competência</b>
<ol style="list-style-type: none"><li>1. A literatura científica demonstra claramente que [esta cirurgia] oferece as melhores chances de sobrevivência. Eu participei recentemente numa conferência científica em que se confirmou mais uma vez que esta cirurgia é o melhor tratamento possível.</li><li>2. Já realizamos [esta cirurgia] várias vezes. No nosso centro cada um tem a sua especialidade, deste modo nós realizamos certos procedimentos com muito mais frequência para nos tornarmos ainda mais competentes. Eu realizo esta operação muitas vezes.</li></ol>
<b>Honestidade</b>
<ol style="list-style-type: none"><li>1. [O risco de uma colostomia] é algo que eu gostava de discutir consigo, mesmo que a probabilidade seja baixa. Porque eu sou da opinião que como doente tem o direito de estar informado mesmo acerca dos riscos menores, para evitar que seja submetido [à colostomia] sem esta consciência.</li><li>2. Tudo isto [complicações] não irá ocorrer necessariamente, contudo quero discuti-lo consigo. Porque mesmo que façamos o nosso melhor é difícil</li></ol>

<p>prever, não podemos excluir a hipótese que venha a desenvolver complicações. Desta forma, pelo menos, está bem informado.</p> <p>3. Eu devo acrescentar que nós nunca podemos estar 100% certos [que o cancro será completamente removido]. Nunca lhe poderei dar uma garantia absoluta. Há sempre uma pequena hipótese que encontramos uma anormalidade durante a cirurgia. Mas por agora todos os sinais sugerem que estará livre de cancro após a operação.</p>
<b>Cuidado</b>
<p>1. <i>Oncologista</i>: Está muito preocupado com isto [resultado de um exame]?  <i>Doente</i>: Sim, por um lado... Afinal de contas, é o seu maior receio neste momento. Mas parece ter resultado bem, não é? <i>Oncologista</i>: Sim, parece-me que sim. O que é bom, pelo menos uma coisa que não nos temos que preocupar mais.</p> <p>2. <i>Oncologista</i>: Tem particularmente receio da ideia de colostomia? <i>Doente</i>: Sim, parece-me horrível, esse saco colado ao estômago que pode abrir a qualquer altura, com toda essa imundície... Nunca mais ninguém vai ser capaz de olhar para mim... <i>Oncologista</i>: Sim, eu percebo o que quer dizer.</p> <p>3. Mas eu vou falar consigo antes da cirurgia de qualquer forma. É importante que saiba que eu estarei disponível para si em caso de alguma dúvida. Este é o nosso número de telefone. Posso não atender eu próprio o telefone sempre, mas se necessário eu devolvo a chamada assim que tiver oportunidade.</p>

Uma boa relação e comunicação entre doente e profissional de saúde podem ter um impacto positivo na vida do profissional de saúde. A honestidade e o realismo da interacção ajuda o profissional de saúde a sentir-se menos ansioso em relação ao que ele possa ter que transmitir ao seu doente e tornar-se mais fácil para ele falar sobre assuntos difíceis mais tarde, mesmo no fim de vida. Resumindo, diminui a ansiedade e a tensão do profissional de saúde, bem como, a probabilidade de desenvolver *burnout* (esgotamento). (65)

Posto isto, podemos perceber que a comunicação em oncologia apresenta desafios específicos que enfatizam a sua importância. Os médicos têm a responsabilidade de comunicar as más notícias, discutir o diagnóstico e, muitas vezes, mudar do tratamento curativo para os tratamentos paliativos e dar informações apropriadas e realísticas ao longo do tempo. Sempre que possível, eles devem incutir esperança realista em relação à doença e ao tratamento. (85)



O farmacêutico hospitalar em oncologia, por outro lado, pode ajudar com a gestão farmacoterapêutica das medicações, incluindo o ajuste das doses no caso de disfunção de órgãos e gestão da toxicidade no doente oncológico. Juntamente com o aumento do número de diagnósticos de cancro, de novas terapêuticas e da escassez de oncologistas prevista, a necessidade de farmacêuticos competentes é crucial no cuidado de doentes com cancro. Uma boa comunicação com os doentes, como já vimos e não sendo a relação farmacêutico-doente excepção, aumenta a satisfação e melhora a adesão à terapêutica. Os farmacêuticos podem ter um papel importante na comunicação dos potenciais efeitos adversos da terapêutica e fornecendo um plano de acção caso eles ocorram, particularmente nos agentes orais. (86) O acompanhamento farmacoterapêutico é o momento chave para o farmacêutico conversar com o doente sobre a sua medicação e sobre as possíveis alterações feitas à sua terapia durante a hospitalização. A dificuldade do farmacêutico hospitalar em comunicar eficazmente com o doente pode ter um impacto negativo na capacidade do doente em perceber os problemas relacionados com a medicação, contribuindo para os maus resultados na sua saúde. (87)

O farmacêutico do presente deve colocar-se numa atitude de serviço ao doente com a finalidade de melhorar os seus resultados clínicos, económicos e humanísticos através da utilização do medicamento. (88)

## 9 Ensino de competências de comunicação

No século XVII um estudante perguntou a Thomas Sydenham qual a bibliografia que devia ler para o habilitar a lidar com o doente. A resposta do mestre foi: “leia o D. Quixote, é um excelente livro”. Sydenham queria com isto dizer que as complexidades e subtilezas da condição humana não se aprendem nos compêndios de medicina, mas sim na vida ou na literatura. É claro que para além destas fontes informais de conhecimento (que são insubstituíveis), é com o desenvolvimento de programas de ensino de competências de comunicação, que os alunos vão aprender a comunicar. Aprendem, por modelagem com os seus professores, mas sobretudo com os próprios doentes: ouvindo-os, respeitando-os, percebendo as suas necessidades e cuidando com compaixão. (80)

Ao longo da monografia foi possível compreender a necessidade de formação em competências de comunicação pelos profissionais de saúde, no entanto nos cursos de saúde em Portugal continuam a não existir indicadores específicos de ensino, aprendizagem e avaliação e, nenhum tem um currículo de competências de comunicação integrado. A maioria dos cursos de competências de comunicação isolados que existem não é avaliada adequadamente e não são valorizados significativamente em termos de créditos. (23)

Quando nos debruçamos sobre o panorama noutros países da Europa e na América encontramos abordagens abrangentes para o ensino de competências de comunicação dentro da educação médica e uma série de declarações de consensos, *frameworks* e modelos, no entanto a maioria deles concentra-se em formar grupos de profissionais únicos, nomeadamente médicos. Fora da educação médica, existem apenas alguns exemplos de abordagens sistemáticas publicadas para o ensino de competências de comunicação noutros grupos de profissionais de saúde. O ensino de competências de comunicação no ensino superior em profissões

de saúde não médicas não é tão bem desenvolvido e tem sido dificultado pela falta de recursos disponíveis para a pesquisa e treino. (49)

De modo a preencher esta lacuna, a EACH estabeleceu o subcomité “tEACH” (onde “t” significa *teaching*, do inglês ensino) para apoiar o desenvolvimento do ensino da comunicação em toda a Europa. Em 2008, o comité criou um grupo de trabalho com 46 especialistas de 18 países Europeus e profissões de Saúde diferentes, incluído medicina, obstetrícia, enfermagem, farmácia, psicologia, medicina dentária, e fisioterapia. Todos os participantes estavam envolvidos em áreas como desenvolvimento curricular, ensino, avaliação de competências de comunicação e/ou programas de treino de formadores. O “subgrupo do currículo central de comunicação” da tEACH foi desafiado a desenvolver e alcançar um consenso sobre um Currículo central de comunicação para Profissões de Saúde (CCCPS) para ser aplicado no ensino superior em todas as profissões de cuidados de saúde na Europa. (49)

O CCCPS presente na **Tabela 5** pretende servir como uma orientação para os objetivos a ser ensinados no ensino superior. Os 61 objetivos de aprendizagem definidos estão organizados numa taxonomia baseada nas competências, não se focando apenas na “comunicação com os doentes”, mas também na “comunicação em equipas inter e multiprofissionais”, bem como no “profissionalismo e reflexão”. O consenso Europeu nos objetivos para um Currículo central de comunicação para Profissões de Saúde oferece um *framework* para profissões e instituições de saúde que planeiem implementar a comunicação no seus currículos ou que pretendam reestruturar o seu ensino ou avaliação em comunicação. O currículo principal integra elementos que devem fazer parte de um currículo de comunicação no ensino superior de cuidados de saúde, porém o CCCPS é designado como um *framework* flexível e pode ser implementado nos programas de estudo integralmente ou em partes. Pode ser usado como um guião para o ensino das competências de comunicação e para desenvolver de avaliações. (49)

**Tabela 5 - Currículo central de comunicação (49)**

A. Comunicação com o doente
<p><b>Objetivos principais de comunicação:</b></p> <p><b>O Estudante:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Adapta a sua comunicação ao nível da compreensão e linguagem do doente, evitando os jargões.</li><li>2. Usa técnicas para construir e manter a harmonia e a relação empática, assegurando que o doente se sente assistido e ouvido.</li><li>3. Relaciona-se respeitosamente com o doente, garantindo a confidencialidade, privacidade e autonomia e, reconhece o doente como um parceiro na construção de uma relação.</li><li>4. Elicita e explora o conteúdo da história bio-psico-social do doente (p.e., reúne informação relevante, assegura a compreensão, verbaliza conteúdo emocional)</li><li>5. Encoraja o doente a expressar as suas ideias, problemas, expetativas e sentimentos, aceitando a legitimidade da visão e sentimentos do doente.</li><li>6. Dá informação ao doente (oral, escrita, electrónica e pelo telefone) de forma oportuna, compreensiva e significativa.</li><li>7. Usa técnicas de escuta activa (p.e., reflexão, captar os sinais do doente, parafrasear, sumarizar, técnicas verbais e não-verbais).</li><li>8. Reconhece situações difíceis e desafios comunicacionais (p.e., choro, emoções fortes, interrupções, agressão, raiva, ansiedade, problemas embaraçosos ou sensíveis, transmissão de más notícias) e lida com eles de forma sensível e construtiva.</li><li>9. Mostra consciência da comunicação não-verbal tanto do doente como do profissional de saúde (p.e. contacto visual, gestos, expressões faciais, postura) e responde adequadamente.</li><li>10. Constrói uma conversa desde o início ao fim de forma estruturada (p.e. apresentação, iniciar a conversa, recolher e dar informações, planejar, terminar a entrevista, agendar o próximo encontro)</li><li>11. Usa diferentes tipos de questões (p.e. abertas, fechadas ou focalizada) de acordo com a situação.</li></ol> <p><b>Objectivos mais detalhados e específicos, dependendo do contexto e situação:</b></p> <p><b>Construção da relação:</b> <i>O estudante envolve o doente na interação para estabelecer uma relação terapêutica usando uma abordagem centrada no doente</i></p> <ol style="list-style-type: none"><li>12. Identifica as expectativas do doente em relação ao papel do profissional de</li></ol>

saúde.

13. Usa estratégias adequadas para resolver conflitos (p.e. feedback sobre as percepções, impactos e desejos).

**Perspectiva do doente e crenças em saúde:** *O estudante orienta a sua comunicação de acordo com as necessidades e problemas actuais do doente*

14. Elicita as necessidades e capacidades do doente (p.e. informação, autonomia, confiança e responsabilidade) e adapta a intervenção aos recursos e pontos fortes do doente.
15. Considera os elementos somáticos, mentais, sociais, culturais, étnicos, espirituais e de género na avaliação e cuidado do doente, percebendo as divergências entre os seus valores e normas e os do doente.
16. Responde às crenças em saúde e teorias de doença do doente e contrasta-as e integra-as nas suas teorias de doenças como um profissional de saúde.

**Informação:** *O estudante recolhe e comunica informação relevante de forma efetiva para o raciocínio e tomada de decisão*

17. Descobre quanta informação o doente requer e oferece a quantidade de informação apropriada.
18. Fornece a informação de forma centrada no doente e partilha-a com o consentimento do doente (p.e. colegas, família e outros).
19. Elicita e sintetiza a informação para o doente.
20. Averigua o nível de conhecimento do doente acerca da doença.
21. Considera diferentes elementos de uma história do doente (história da doença, história da relação profissional de saúde-doente, história do doente)
22. Conhece a importância de suplementar a informação verbal com diagramas, modelos, informação escrita e instruções, aplicando a informação apropriadamente.
23. Procura e sintetiza informação relevante de outras fontes (p.e. família do o doente, cuidadores e outros profissionais), se necessário e possível.

**Raciocínio e tomada de decisões:** *O estudante considera a medida em que cada indivíduo está envolvido e responsável no processo de raciocínio e tomada de decisão*

24. Verifica quanto envolvimento e responsabilidade o doente está disposto a assumir e, se é capaz, no decorrer da tomada de decisões.
25. Discute com o doente as vantagens, desvantagens mais prováveis e os resultados esperados.
26. Encoraja a participação activa do doente na tomada de decisões e explica as hipóteses ou os direitos de forma centrada no doente.
27. Clarifica o seu papel no processo de tomada de decisões.
28. Discute com o doente o espectro de possíveis consequências de uma decisão e explica ao doente as consequências mais prováveis de não escolher medidas de diagnóstico e tratamento.

29. Inquire acerca dos recursos psicológicos e sociais relevantes que o doente possui para tomar uma decisão.
30. Oferece a opção ao doente de incluir outra pessoa no processo de tomada de decisão e clarifica com o doente como e quando uma decisão deve ser tomada.
31. Discute decisões com os colegas, doentes e os seus familiares conforme apropriado, reavalia regularmente as suas decisões e revê-as se necessário.
32. Identifica a sua opinião claramente para o doente quando questionado.

**Incerteza:** *O estudante respeita a incerteza como uma parte integral do raciocínio e tomada de decisões*

33. Fala abertamente para o doente sobre a incerteza e formula maneiras para lidar com isso.
34. Explica ao doente que informação é necessária para minimizar a incerteza no processo de tomada de decisões.

## **B. Comunicação intra- e interpessoal (Profissionalismo e Reflexão)**

**Comunicação e reflexão com o eu próprio e os outros:** *O estudante desenvolve e melhora consistentemente autoconsciência, autorreflexão, autocuidado e reflecte com outros sobre a sua comunicação e comportamentos*

1. Reconhece as suas emoções (p.e. insegurança, simpatia/antipatia, atração) na relação com os outros (p.e. doentes, colegas) e é capaz de trabalhar eficientemente apesar das suas reações emocionais quando a situação assim o exige (p.e. grau de sofrimento do doente, doente agressivo).
2. Reconhece que a comunicação efetiva pode promover a satisfação do doente e melhorar os resultados clínicos.
3. Descreve e avalia a sua comunicação e comportamentos de forma crítica, considerando alternativas.
4. Identifica, reflete e comunica os seus pontos fortes, fraquezas, limitações e avalia os seus desejos, medos, objetivos, normas e valores.
5. Avalia os seus estereótipos e preconceitos sociais, estando consciente que as suas ações são influenciadas por experiências pessoais, a situação actual, o seu conhecimento e interesses.
6. Reflete nas suas atitudes em relação ao trabalho (p.e. cinismo, satisfação)
7. Reflete e discute os desafios étnicos, interculturais e outros nas suas ações como um profissional de saúde (p.e. doente incapaz de dar o seu consentimento, conceito de saúde/doença em diferentes culturas) e discute abordagens a resolução.
8. Usa autoridade e influência de forma responsável.
9. Analisa e discute situações de conversação com outros (metacomunicação em p.e. reflexão a pares, reuniões de equipa).

10. Conhece modelos da relação profissional de saúde-doente (p.e. transferência/ contratransferência, reciprocidade, intersubjetividade, expectativa/ experiência, potencial desequilíbrio de hierarquia).

**Lidar com os erros e incertezas:** *O estudante aborda os erros e respeita as incertezas como parte integrante do raciocínio e da tomada de decisões*

11. Aborda os seus erros e os dos outros adequadamente (p.e. abstêm-se de atribuir culpas) de forma a encontrar soluções e assistência e, sabe princípios básicos no desenvolvimento de erros (p.e. negligenciando informações ou necessidades do doente, comunicação inadequada).
12. Aborda e lida com a suas incertezas adequadamente em prol do seu nível de educação.

### **C. Comunicação em equipas de cuidados de saúde (comunicação profissional)**

**Trabalho de equipa e comunicação profissional:** *O estudante mostra habilidade para comunicar efetivamente em equipas multiprofissionais*

1. Percebe e respeita a individualidade, percepção subjectiva, diferentes pontos de vista dos membros da equipa e os responsáveis pelos diferentes profissionais de saúde.
2. Contribui para um ambiente de trabalho positivo (p.e. suporta e integra membros da equipa, menciona o lado positivo dos aspectos desagradáveis, valoriza o sucesso da equipa)
3. Usa regras de feedback (p.e. frases na primeira pessoa) e providencia feedback apropriado aos membros da equipa.
4. Tem a capacidade de resolver conflitos e possibilita a negociação construtiva numa equipa de cuidados de saúde
5. Assume, clarifica e reflete o seu papel e responsabilidades na equipa (p.e. equipa vs. membro da equipa, líder) e identifica o papel da sua profissão numa equipa interprofissional.
6. Especifica e aprecia o seu potencial tendo em vista a equipa e tem vontade e capacidade de trabalhar com outros.
7. Percebe os princípios da dinâmica de equipa e como os factores apoiam e inibem o trabalho em equipa na prática.
8. Identifica interesses próprios e distingue-os dos objetivos da equipa.
9. Reflete sobre o impacto das suas opiniões nos outros e tem isso em consideração.

**Liderança:** *O estudante apresenta competências básicas de liderança*

10. Dá instruções claras.

11. Certifica-se de que toda a informação relevante está disponível.
12. Facilita a formação de opiniões no grupo e encoraja e premeia membros da equipa para expressar opiniões diferentes.

**Comunicação profissional e gestão:** *O estudante utiliza comunicação eficaz e eficiente e estratégias de gestão*

13. Mantém registos claros e apropriados (escritos ou eletrónicos) de encontros clínicos e planos.
14. Apresenta conhecimento especializado efetivamente (p.e. apresentar um doente e detalhes clínicos a outros, falar em frente a um grupo, apresentar dados científicos).
15. Identifica e tem conhecimento de como se referir a pessoas/instituições/agências que podem ajudar na resolução de problemas em cada situação.

Bachmann et al. defendem que a comunicação efetiva deve ser um objetivo principal em toda a educação para a saúde. A sua abordagem para desenvolver objetivos para um currículo de comunicação inter e multiprofissional foi baseado na suposição que na comunicação com o doente e os seus familiares e nas equipas de cuidados de saúde, as competências principais são comuns a todos os profissionais de saúde. A comunicação efetiva deve ser a mesma seja por um enfermeiro, farmacêutico, dentista, médico ou outro especialista. (49)



## 10 Conclusão

Os cuidados de saúde estão em constante evolução, muitas mudanças foram verificadas ao longo das últimas décadas no que concerne aos modelos de cuidado em saúde e, como tal, na educação do doente e na comunicação profissional de saúde-doente. A educação do doente progrediu de profissionais de saúde a decidir o que os doentes precisavam de saber para a tomada de decisão partilhada, onde os profissionais de saúde e os doentes são igualmente influentes no processo de decisão. As competências comunicacionais são fulcrais ao longo de toda a interação, sendo reconhecidas como o desafio central na formação dos profissionais de Saúde no século XXI.

Em Portugal, o crescente reconhecimento da importância da comunicação e do seu treino na relação profissional de saúde-doente levou à implementação do ensino de competências de comunicação no curso de Medicina da FMUP desde 2001. Este ensino foi acompanhado por uma equipa de investigadores que realizou alguns estudos que pretendiam avaliar os efeitos do ensino da comunicação nos estudantes de Medicina. A publicação da obra "Competências Clínicas de Comunicação" e a criação do Mestrado em Comunicação Clínica no ano lectivo 2009/2010 na FMUP foram outros acontecimentos que pretenderam desenvolver a comunicação em saúde em Portugal.

Na área de oncologia, em Portugal, é possível reconhecer os esforços feitos no sentido da melhoria dos cuidados ao doente no que diz respeito à comunicação dos profissionais de saúde. São exemplo disso, o novo programa de formação em Oncologia Médica publicado em Diário da República, os cursos de competências de comunicação com o doente oncológico realizados pelo IPO de Lisboa e SPO e, o inquérito "Cuidados de saúde em Oncologia: a visão dos doentes" implementado a doentes oncológicos e sobreviventes pela SPO. Por fim, um grande passo no desenvolvimento da comunicação em saúde em Portugal foi a criação da SP3CS.

A comunicação é um processo complexo que se concretiza por uma trama de comportamentos verbais e não-verbais, num dado contexto. Os elementos

fundamentais da comunicação entre um doente e o profissional de saúde a ter em conta, com prioridade nos elementos passíveis de modificação, são: objetivos, atributos (*necessidades, crenças, valores, competências e emoções*), processo, ambiente e fatores externos.

Em saúde a comunicação deve ser tendencialmente centrado no doente, o que implica a partilha de informação e o apoio do envolvimento activo do doente nos seus cuidados (caso ele deseje ser envolvido). As seis funções principais da CCD são: trocar informação, tomar decisões, favorecer uma relação terapêutica, capacitar a autogestão do doente, gerir incertezas e responder a emoções.

No entanto, para alcançar uma CCD eficaz são necessárias competências (ou artes) de comunicação para as quais, frequentemente, os profissionais de saúde não se sentem preparados. Os profissionais de saúde devem adquirir e treinar as artes da comunicação com o intuito de fortalecer a relação profissional de saúde-doente na interação, são elas: começar, "ver" e "ler", ouvir, conduzir, perguntar, imaginar-se no lugar do outro, sintonizar, confirmar e reformular, explicar, resumir, estabelecer acordo e concluir. O processo total de comunicação é muito mais que a simples soma dos gestos, comportamentos e artes de comunicação. O seu sucesso depende, essencialmente, da preocupação com o outro e do interesse e da motivação para comunicar bem.

A preocupação em comunicar bem deve ser redobrada em situações complicadas e comunicacionalmente desafiantes, como é o caso da interação com o doente oncológico. O cancro é uma doença bio-psico-social, visto que afeta a parte física e psicológica do doente, bem como o meio social em que ele se insere. A doença oncológica é vivida como uma experiência de sofrimento. O doente oncológico passa por um tratamento agressivo com base na cirurgia, quimioterapia ou radioterapia ou uma combinação dos três, que levam a efeitos secundários intensos.

Para perceber a dificuldade que é ser um doente oncológico todo o profissional de saúde deve tentar ao máximo colocar-se no mundo do doente, adquirindo a maior percepção possível das suas necessidades e dos seus sentimentos. O profissional de saúde deve estabelecer uma boa comunicação através de um diálogo aberto e contínuo, de confiança e confiança, com doentes e familiares, gerador de uma relação centrada no respeito pela autonomia e dignidade do doente, reconhecendo até ao fim a prioridade ética das expectativas, necessidades e preferências dos doentes, mesmo que seja a de dizer *não*. Uma boa comunicação ajuda o profissional de saúde a identificar as necessidades específicas do doente e a ter em

consideração a sua opinião e decisão, bem como a informar o doente das más notícias se este assim o pretender, utilizando a empatia, o respeito, a confiança e inculcando a esperança no doente.

Uma comunicação profissional de saúde-doente efetiva leva a um efeito terapêutico positivo, melhor satisfação do doente, melhores resultados de comunicação, resultados em saúde, resultados sociais e intermédios, bem como à melhoria da qualidade do sistema de saúde. Por outro lado, uma boa relação e comunicação entre doente e profissional de saúde podem ter um impacto positivo na vida do profissional de saúde, diminuir a ansiedade e a tensão do profissional de saúde, bem como, a probabilidade de desenvolver *burnout* (esgotamento).

Podemos agora compreender que a comunicação em oncologia apresenta desafios específicos que enfatizam a sua importância. Como farmacêuticos do presente devemos colocar-nos numa atitude de serviço ao doente com a finalidade de melhorar os seus resultados clínicos, económicos e humanísticos através da utilização do medicamento.

Torna-se por isso imperativo que se treine as competências comunicacionais de modo a atingir uma comunicação efetiva. Na minha opinião o CCCPS devolvido pela EACH, para ser aplicado no ensino superior em todas as profissões de cuidados de saúde na Europa, seria um bom ponto de partida para todas as escolas de saúde portuguesas implementarem o ensino de competências de comunicação. A formação deverá ser uniforme entre profissionais de saúde pois a comunicação efetiva deve ser a mesma seja por um enfermeiro, farmacêutico, dentista, médico ou outro especialista.

Acredito que tais mudanças estão para breve e muitos esforços já se vêm a notar em Portugal, no entanto muito ainda há a fazer. Penso que o primeiro passo será divulgar entre profissionais de saúde a importância da comunicação efetiva e os consequentes resultados, para que haja uma constante mudança de mentalidades e juntos trebelhemos para objetivos comuns.

## Referências Bibliográficas

1. Hulsman RL, Ros WJ, Winnubst JA, Bensing JM. Teaching clinically experienced physicians communication skills. A review of evaluation studies. *Med Educ*. 1999 Sep;33(9):655–68.
2. Hoving C, Visser A, Mullen PD, van den Borne B. A history of patient education by health professionals in Europe and North America: From authority to shared decision making education. *Patient Educ Couns*. 2010;78(3):275–81.
3. Parsons T. The Social System. Vol. 18, *American Sociological Review*. 1951. 103 p.
4. Bensing J. Doctor-patient communication and the quality of care. *Soc Sci Med*. 1991;32(11):1301–10.
5. Coles R. Blaming the Victim. William Ryan. *Am J Sociol*. 1972 Sep 1;78(2):448–50.
6. Leenen HJ. Patients' rights in Europe. *Health Policy*. 1987 Aug;8(1):33–8.
7. Boer H, Goedegebuure L. On limitations and consequences of change: Dutch university governance in transition. *Tert Educ Manag*. 2001;7(2):163–80.
8. Deccache A, Aujoulat I. A European perspective: Common developments, differences and challenges in patient education. *Patient Educ Couns*. 2001;44(1):7–14.
9. Monteiro-Grilo A. Ensino de competências comunicacionais em estudantes e profissionais de saúde: situação atual e perspectivas. *Rev Iberoam Educ Super*. 2012;III:93–112.
10. Van Den Borne HW. The patient from receiver of information to informed decision-maker. *Patient Educ Couns*. 1998;34(2):89–102.
11. EJ E, LL E. Four models of the physician-patient relationship. *JAMA*. 1992 Apr

- 22;267(16):2221–6.
12. Cohen CI, Hyland K, Devlin M. An evaluation of the use of the natural helping network model to enhance the well-being of nursing home residents. *Gerontologist*. 1999 Aug;39(4):426–33.
  13. International Association for Communication in Health Care. [Internet]. [cited 2017 Sep 16]. Available from: <https://www.each.eu/about-us/>
  14. Albada A, Elbers E, Visser A. Patient education in Western European hospitals: A comparison of the Netherlands, Flanders and England. *Patient Educ Couns*. 2007;66(1):4–10.
  15. Deccache A, van Ballekom K. From patient compliance to empowerment and consumer's choice: Evolution or regression? An overview of patient education in French speaking European countries. *Patient Educ Couns*. 2010;78(3):282–7.
  16. Santos Z, Santos G, Abrantes P. Comunicação Médico Doente em Oncologia. *Acta Médica Portuguesa*. 1994;361–5.
  17. Varela A, Pinto E, Carrageta M, Graduado A, Geral DM, Monte USF, et al. Comunicação médico-doente e consentimento informado em Portugal. *Communication doctor-patient and informed consent in Portugal*. 2016;(Ci):39–47.
  18. Meryn S. Improving doctor-patient communication: Not an option, but a necessity . *BMJ Br Med J*. 1998 Jun 27;316(7149):1922–30.
  19. Franco C, Franco R, Severo M, Ferreira MA. Curso breve de competências de comunicação clínica: Estudo multicêntrico. *Acta Med Port*. 2016;29(12):809–18.
  20. Carrapiço E, Ramos V. A comunicação na consulta. *Rev Port Med Geral e Fam*. 2012;28:212–22.
  21. Salgado R. O que facilita e o que dificulta uma consulta. *Rev Port Clin Geral*. 2008;24:513–8.
  22. Carvalho IP, Ribeiro Silva R, Pais VG, Figueiredo Braga M, Castro Vale I, Teles A, et al. O ensino da comunicação na relação médico-doente. Uma proposta em prática. *Acta Med Port*. 2010;23(3):527–32.
  23. Loureiro E, Severo M, Bettencourt P, Ferreira MA. Third year medical students perceptions towards learning communication skills: Implications for medical

- education. *Patient Educ Couns*. 2011;85(3).
24. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. [Internet]. [cited 2017 Sep 26]. Available from: [https://sigarra.up.pt/fmup/pt/NOTICIAS\\_GERAL.ver\\_noticia?p\\_nr=3294](https://sigarra.up.pt/fmup/pt/NOTICIAS_GERAL.ver_noticia?p_nr=3294)
  25. Comunicação clínica Blogspot. [Internet]. [cited 2017 Sep 26]. Available from: <http://comunicacaoclinica.blogspot.pt/p/competencias-ccinicas-de-comunicacao.html>
  26. Centro de Estudos Sociais - Universidade de Coimbra [Internet]. [cited 2017 Sep 26]. Available from: <http://ces.uc.pt/pt/ces/pessoas/investigadoras-es-associadas-os/rui-mota-cardoso>
  27. Mestrado em Comunicação Clínica [Internet]. [cited 2017 Sep 26]. Available from: [https://sigarra.up.pt/fmup/pt/cur\\_geral.cur\\_view?pv\\_ano\\_lectivo=2017&pv\\_origem=CUR&pv\\_tipo\\_cur\\_sigla=M&pv\\_curso\\_id=1158](https://sigarra.up.pt/fmup/pt/cur_geral.cur_view?pv_ano_lectivo=2017&pv_origem=CUR&pv_tipo_cur_sigla=M&pv_curso_id=1158)
  28. Loureiro EM, Severo M, Bettencourt P, Ferreira MA. Attitudes and anxiety levels of medical students towards the acquisition of competencies in communication skills. *Patient Educ Couns*. 2011;85(3):e272–7.
  29. Loureiro E, Severo M, Ferreira MA. Attitudes of Portuguese medical residents' towards clinical communication skills. *Patient Educ Couns*. 2015;98(8):1039–43.
  30. Loureiro E, Ferreira MA, Fresta M, Ismail M, Rehman SU, Broome M. Teaching and assessment of clinical communication skills: Lessons learned from a SWOT analysis of Portuguese Angolan and Mozambican Medical Education. *Porto Biomed J*. 2017;2(2):47–58.
  31. Martins RG, Carvalho IP. Breaking bad news: Patients' preferences and health locus of control. *Patient Educ Couns*. 2013;92(1):67–73.
  32. Carvalho IP, Pais VG, Almeida SS, Ribeiro-Silva R, Figueiredo-Braga M, Teles A, et al. Learning clinical communication skills: Outcomes of a program for professional practitioners. *Patient Educ Couns*. 2011;84(1):84–9.
  33. Pereira L, Figueiredo-Braga M, Carvalho IP. Preoperative anxiety in ambulatory surgery: The impact of an empathic patient-centered approach on psychological and clinical outcomes. *Patient Educ Couns*. 2016;99(5):733–8.
  34. Taveira-Gomes I, Mota-Cardoso R, Figueiredo-Braga M. Communication skills

- in medical students – An exploratory study before and after clerkships. *Porto Biomed J.* 2016;1(5):173–80.
35. Piccolo L Del, Finset A, Mellblom A V., Figueiredo-Braga M, Korsvold L, Zhou Y, et al. Verona Coding Definitions of Emotional Sequences (VR-CoDES): Conceptual framework and future directions. *Patient Educ Couns.* 2017;1–9.
  36. Internato médico e acesso à especialidade - Ordem dos Médicos [Internet]. [cited 2017 Oct 2]. Available from: <https://www.ordemdosmedicos.pt/?lop=conteudo&op=42e77b63637ab381e8be5f8318cc28a2&id=c45008212f7bdf6eab6050c2a564435a>
  37. Silva M. Formação - Técnicas de comunicação com o doente oncológico [Internet]. 2014 [cited 2017 Oct 2]. Available from: [file:///C:/Users/Marco Nobre/Downloads/GAMcf\\_060\\_Téc com com doente onc \(1\).pdf](file:///C:/Users/Marco Nobre/Downloads/GAMcf_060_Téc com com doente onc (1).pdf)
  38. IPO de Lisboa- Curso “Técnicas de comunicação com o doente oncológico” [Internet]. [cited 2017 Oct 2]. Available from: <http://www.ipolisboa.min-saude.pt/Default.aspx?PagelId=185&Dt=21-11-2014>
  39. Ordem dos Médicos - Notícias [Internet]. [cited 2017 Oct 3]. Available from: <https://www.ordemdosmedicos.pt/?lop=conteudo&op=ed3d2c21991e3bef5e069713af9fa6ca&id=5dd3e474f6e08e3316ce5e3bc36c666e>
  40. SPO - Actividade [Internet]. [cited 2017 Oct 3]. Available from: <https://www.sponcologia.pt/pt/spo/a-nossa-atividade/>
  41. Simpósio Nacional SPO - Notícias [Internet]. [cited 2017 Oct 3]. Available from: <http://2015.simposionacionalspo.pt/noticias/item/65-bem-vindos-ao-simpósio-nacional-spo-2015.html>
  42. Simpósio Nacional SPO - O papel da comunicação no acompanhamento do doente oncológico [Internet]. [cited 2017 Oct 3]. Available from: <http://2015.simposionacionalspo.pt/videos/item/77-o-papel-da-comunicação-no-acompanhamento-do-doente-oncológico.html>
  43. Simpósio Nacional SPO - Avaliação do Curso [Internet]. [cited 2017 Oct 3]. Available from: <http://2015.simposionacionalspo.pt/item/107-cursos.html>
  44. Inquérito “Cuidados de saúde em Oncologia: a visão dos doentes” [Internet]. [cited 2017 Oct 1]. Available from: <http://www.inqueritooncologia.pt/>
  45. Vital Health - Doentes oncológicos podem partilhar a sua visão sobre os cuidados de saúde em Portugal [Internet]. [cited 2017 Oct 4]. Available from:

- <http://www.vitalhealth.pt/iniciativas/5308-doentes-oncológicos-podem-partilhar-a-sua-visão-sobre-os-cuidados-de-saúde-em-portugal.html>
46. Sociedade Portuguesa de Comunicação Clínica em Cuidados de Saúde [Internet]. [cited 2017 Oct 4]. Available from: <https://spcccs.wordpress.com/>
  47. I Congresso Nacional de Comunicação Clínica em Cuidados de Saúde [Internet]. [cited 2017 Oct 4]. Available from: <http://sp3cs.weebly.com/>
  48. Cláudio AP, Carmo MB, Pinto V, Teixeira R, Galvão D, Cavaco A, et al. Ambiente Virtual para Treino de Competências de Comunicação na Área da Saúde: o caso do atendimento em farmácia para automedicação. *Rev Ciências da Comput.* 2014;9:45–62.
  49. Bachmann C, Abramovitch H, Barbu CG, Cavaco AM, Elorza RD, Haak R, et al. A European consensus on learning objectives for a core communication curriculum in health care professions. *Patient Educ Couns.* 2013;93(1):18–26.
  50. Patrícia Antunes L, Gomes JJ, Cavaco AM. How pharmacist-patient communication determines pharmacy loyalty? Modeling relevant factors. *Res Soc Adm Pharm.* 2015;11(4):560–70.
  51. Cavaco AM, Romano J. Exploring pharmacists' communication with customers through screening services. *Patient Educ Couns.* 2010;80(3):377–83.
  52. Cavaco AM, Várzea D. Contribuição para o estudo da leitura de folhetos informativos nas farmácias Portuguesas. *Rev Port Saude Publica.* 2010;28(2):179–86.
  53. Inácio P, Airaksinen M, Cavaco A. Language does not come “in boxes”: Assessing discrepancies between adverse drug reactions spontaneous reporting and MedDRA<sup>®</sup> codes in European Portuguese. *Res Soc Adm Pharm.* 2015;11(5):664–74.
  54. Northouse LL, Northouse PG. Health communication: strategies for health professionals. Stamford, Conn.: Appleton & Lange; 1998. p. ix, 322.
  55. Nunes JMM. Comunicação em contexto clínico. 2010.
  56. Watzlawick P, Beavin J, Jackson D. Pragmática Da Comunicação Humana. Cultrix; 2002.
  57. of Medicine I. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington, DC: The National Academies Press; 2001.
  58. Epstein RM, Fiscella K, Lesser CS, Stange KC. Analysis & commentary: Why



- the nation needs a policy push on patient-centered health care. *Health Aff.* 2010;29(8):1489–95.
59. Reeve BB, Thissen DM, Bann CM, Mack N, Treiman K, Sanoff HK, et al. Psychometric evaluation and design of patient-centered communication measures for cancer care settings. *Patient Educ Couns.* 2017;100(7):1322–8.
  60. Epstein RM, Street Jr. RL. Patient-Centered Communication in Cancer Care: Promoting Healing and Reducing Suffering. *Communication.* 2007;222.
  61. Carnevale FA. A conceptual and moral analysis of suffering. *Nurs Ethics.* 2009 Mar;16(2):173–83.
  62. Kearsley JH, Youngson R. “Tu Souffres, Cela Suffit”: the compassionate hospital. *J Palliat Med.* 2012 Apr;15(4):457–62.
  63. Silva PR Da. A comunicação na prática médica: o seu papel como componente terapêutico. *Rev Port Clínica Geral.* 2008;24(4):505–12.
  64. Jagosh J, Donald Boudreau J, Steinert Y, MacDonald ME, Ingram L. The importance of physician listening from the patients’ perspective: Enhancing diagnosis, healing, and the doctor-patient relationship. *Patient Educ Couns.* 2011;85(3):369–74.
  65. Markides M. The Importance of Good Communication Between Patient and Health Professionals. *J Pediatr Hematol Oncol.* 2011;33(October):S123–5.
  66. Feldman-Stewart D, Brundage MD, Tishelman C. A conceptual framework for patient - professional communication: An application to the cancer context. *Psychooncology.* 2005;14(10):801–9.
  67. Carlson LE, Feldman-Stewart D, Tishelman C, Brundage MD, Hack T, Degner L, et al. Patient-professional communication research in cancer: An integrative review of research methods in the context of a conceptual framework. *Psychooncology.* 2005;14(10):812–28.
  68. Rokeach M. The nature of human values. New York,: The Free Press; 1973. 438 p.
  69. Gray RE, Fitch MI, Phillips C, Labrecque M, Klotz L. Presurgery experiences of prostate cancer patients and their spouses. *Cancer Pract.* 1999;7(3):130–5.
  70. Fernandes R, Fernandes C, Costa S, Pinheiro E. Qualidade de Vida em Oncologia. *Onco.news.* 2003;Ano VI(Nº2:12–20.
  71. Pimentel FL. Qualidade De Vida E Oncologia. ALMEDINA BRASIL - BR; 2016.

72. WHO. Cancer. 2017 [cited 2017 Oct 16]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>
73. Watson M, Lucas C, Hoy A, Wells J. Oxford Handbook of Palliative Care. OUP Oxford; 2009.
74. Direcção Geral de Saúde - DSIA/Divisão-de-estatística. Elementos estatísticos. [Internet]. 2003. [cited 2017 Oct 16]. Available from: <https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwilhqSC0t7XAhVDuBQKHZdgB2sQFggnMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.dgs.pt%2Festatisticas-de-saude%2Festatisticas-de-saude%2Fpublicacoes%2Felementos-estatisticos-2003-pdf.aspx&usq=AOvVaw08kv17eogQlqD7-0yUgVu5>
75. PORDATA. Óbitos por algumas causas de morte (%) [Internet]. [cited 2017 Oct 17]. Available from: [https://www.pordata.pt/Portugal/Óbitos+por+algumas+causas+de+morte+\(percentagem\)-758-235710](https://www.pordata.pt/Portugal/Óbitos+por+algumas+causas+de+morte+(percentagem)-758-235710)
76. Saúde SN de. Cancro em Portugal [Internet]. 2017 [cited 2017 Oct 17]. Available from: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2017/04/04/cancro-em-portugal/>
77. Miranda N, Portugal C, Nogueira PJ, Farinha CS, Oliveira AL, Soares AP, et al. Doenças Oncológicas em Números – 2015. Direção-Geral da Saúde. 2016;1–66.
78. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science. 1977 Apr;196(4286):129–36.
79. Henriques Gamerio MG. IESSD Um instrumento para a Abordagem do Sofrimento na Doença. Referência. 2000;(4):55–66.
80. Macedo AF de, Azevedo MHP de. Relação Médico-Doente. 2011;(v).
81. Davidson R, Mills ME. Cancer patients' satisfaction with communication, information and quality of care in a UK region. Eur J Cancer Care (Engl). 2005;14(1):83–90.
82. Hulsman RL, Ros WJG, Janssen M, Winnubst JAM. Interact Cancer. The development and evaluation of a computer-assisted course on communication skills for medical specialists in oncology. 1997;30:129–41.
83. Medendorp NM, Visser LNC, Hillen MA, Haes JCJM De, Smets EMA. How

- oncologists' communication improves ( analogue ) patients' recall of information . A randomized video-vignettes study. *Patient Educ Couns*. 2017;100(7):1338–44.
84. Cripe LD, Frankel RM. Dying From Cancer: Communication, Empathy, and the Clinical Imagination. *J Patient Exp*. 2017;4(2):69–73.
  85. Eide H, Graugaard P, Holgersen K, Finset A. Physician communication in different phases of a consultation at an oncology outpatient clinic related to patient satisfaction. *Patient Educ Couns*. 2003;51(3):259–66.
  86. Nystrom KK, Pick AM. An oncology pharmacy practice elective course for third-year pharmacy students. *Am J Pharm Educ*. 2013;77(1):12.
  87. Chevalier BAM, Watson BM, Barras MA, Cottrell WN. Examining hospital pharmacists' goals for medication counseling within the communication accommodation theoretical framework. *Res Soc Adm Pharm*. 2016;12(5):747–55.
  88. Castelo-Branco M, Caramona M, Fernandez-Limos F, Figueiredo I. Necessidades reais de implementação de novos serviços farmacêuticos centrados no doente. *Acta Farm Port*. 2013;2(1):15–22.